

Väljaandja:	Sotsiaalminister
Akti liik:	määrus
Teksti liik:	algtekst-terviktekst
Redaktsiooni jõustumise kp:	27.09.2008
Redaktsiooni kehtivuse lõpp:	31.03.2009
Avaldamismärge:	RTL 2008, 80, 1115

# Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord

Vastu võetud 18.09.2008 nr 56

Määrus kehtestatakse «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 4<sup>2</sup>lõike 2 alusel.

## 1. peatükk ÜLDSÄTTED

### § 1. Määruse reguleerimisala

- (1) Määrusega kehtestatakse tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide (edaspidi *dokument*) loetelu ja näidisvormid (edaspidi *vorm*) ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord.
- (2) Tervishoiuteenuste dokumenteerimise korraldada käsitletakse käesoleva määruse tähenduses ühtsetest nõuetest lähtuvate andmete talletamist kannete tegemisega dokumenti, selle edastamist ja säilitamist.
- (3) Määrusega kehtestatu on aluseks tervishoiuteenuste osutamise elektroonilise dokumenteerimise ja sellekohase elektroonilise andmevahetuse süsteemi väljatöötamisele.
- (4) Dokumentid võib vormistada ainult elektrooniliselt, kui on tagatud käesoleva määrusega kehtestatud vormistamise, edastamise, säilitamise ja autentimise nõuete täitmine ning andmete ja muu teabe säilimine muutumatuna nende sisestamise kuupäeva seisuga.

### § 2. Dokumendi vormistamine

- (1) Kanne tehakse dokumenti tervishoiuteenuse osutamise päeval või sellele järgneva tööpäeva jooksul, kui käesolevas määruses ei sätestata teisiti.
- (2) Kanne tehakse dokumenti riigikeeles, vajadusel ladina keeles. Kanne peab olema tehtud korrektselt ning loetavalt.
- (3) Dokumenti tehakse üksnes osutatud tervishoiuteenuse kohased kanded. Tervishoiuteenuse korduval osutamisel vormistatakse sellekohane leht vajadusel korduvalt.
- (4) Dokumenti kantakse arsti registreerimistõendi numbri asemel arstikood kuni arsti registreerimiseni «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses» sätestatud korras.
- (5) Tervishoiuteenuse osutamisel on dokumenti käesoleva määrusega kehtestatud kannete tegemine kohustuslik. Tervishoiuteenuse osutaja võib vajadusel teha dokumenti täiendavaid kandeid.
- (6) Tervishoiuteenuse osutaja võib muuta käesoleva määrusega kehtestatud dokumendivormide vormingut ja formaati. Dokumentidel võib kasutada tervishoiuteenuse osutaja logo.
- (7) Tervishoiuteenusest keeldumist tõendab dokumendis sellekohase kande järel patsiendi allkiri.

### § 3. Andmekogu asutamine, pidamine ja likvideerimine

- (1) Andmekogu peetakse kooskõlas «Andmekogude seadusega» ja «Isikuandmete kaitse seadusega». Andmeid kogutakse, salvestatakse, korraldatakse, säilitatakse, muudetakse, tehakse päringuid ja väljavõtteid, kasutatakse, antakse üle, ühendatakse, andmekogu likvideeritakse asjaomase andmekogu põhimääruses sätestatud korras.
- (2) Käesoleva määrusega kehtestatud dokumentidesse kantavate isiku tervise seisundi andmete ja muu teabe töötlemiseks peab tervishoiuteenuse osutaja kooskõlas «Andmekogude seaduse» § 3 lõikega 4 ja § 5 lõikega 1

ning «Isikuandmete kaitse seaduse» § 17 lõikega 1 taotlema andmekaitse järelevalveasutuselt loa andmekogu asutamiseks ning registreerima delikaatsete isikuandmete töötlemise andmekaitse järelevalveasutus.

(3) Käesoleva määrusega kehtestatud dokumendid kui avalikud arhivaalid säilitatakse kehtestatud tähtja jooksul «Arhiiviseaduses» sätestatud nõuete kohaselt.

## 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,
- 5) haiguslugu,
- 6) kiirabikaart,
- 7) kiirabi elustamiskaart,
- 8) hambaravikaart,
- 9) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri,
- 10) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu vastus,
- 11) patoanatomilise lahangu saatekiri,
- 12) patoanatomilise lahangu protokoll,
- 13) patoanatomilise lahangu protokollil väljavõte,
- 14) koduõenduskaart,
- 15) Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte,
- 16) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll.

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

## 3. peatükk TERTISHOIUTEENUSTE DOKUMENTEERIMISE KORD JA DOKUMENTIDE VORMID

### 1. jagu Tervisekaart

#### § 5. Tervisekaart

(1) Tervisekaardi vormistab üld- või eriarstiabi osutav arst ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamisel.

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

#### § 6. Tervisekaardi säilitamine

Tervisekaart säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist.

#### § 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) arsti ees- ja perekonnanimi;
- 6) arsti eriala;
- 7) arsti registreerimistõendi number;
- 8) arsti telefoninumber ja e-posti aadress.

(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) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
- 11) Eesti Haigekassa liikmekaardi number;
- 12) püsiva töövõimetuse korral märgitakse töövõime kaotuse protsent;
- 13) puude korral märgitakse puude raskusaste;
- 14) riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number ja selle väljastaja nimetus;
- 15) üldarstiabi osutav arst kannab dokumenti patsiendi nimetusse registreerimise kuupäeva;
- 16) eriarstiabi osutav tervishoiutöötaja kannab dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanime ning telefoninumbri;
- 17) lisateave patsiendist, mille kandmist dokumenti arst peab oluliseks.

## § 9. Tervisekaardi teine leht

Tervisekaardi teine leht vormistatakse määruse lisas 2 toodud vormi kohaselt.

## § 10. Tervisekaardi teise lehe kanded

Tervisekaardi teisele lehele kantakse patsiendi tervise seisundi 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 tervisega seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnenda väljaande (edaspidi *RHK-10*) järgi, haiguse diagnoosinud arsti ees- ja perekonnanime ning eriala, tervishoiuasutuse nimetus;
- 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 ekspertiisotsuse 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, arsti registreerimistõendi number ja allkiri.

## § 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 «Töotervishoiu 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 arsti vastuvõtu iseloomust sõltuvalt järgmised arsti vastuvõtu andmed:

- 1) vastuvõtu kuupäev;
- 2) vastuvõtule pöördumise põhjus;
- 3) anamnees;
- 4) objektiivne leid;
- 5) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 6) arsti korraldusel määratud uuringud, konsultatsioonid;
- 7) tehtud uuringute ja konsultatsioonide tulemused;
- 8) arsti korraldused, soovitused ja suunamised, määratud ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, päevane annus.

(2) Tervisekaardi neljandale lehele kantakse arsti väljastatud dokumentide järgmised andmed:

- 1) töövõimetuslehe väljastamisel selle seeria tähis, number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad, dublikaadi väljastamine; arsti otsusel töötingimuste ajutise kergendamise vajaduse kohta märkida põhjus, sisu, kestus (alguse ja lõpu kuupäevad);
- 2) retsepti väljastamisel ravimpreparaadi nimetus, kogus; haigekassa poolt kompenseerimisele kuuluva ravimi retsepti puhul ka retsepti number ja soodustuse määr;
- 3) autojuhiloo, relvaloo 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 perearst lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 4 toodud vormi kohaselt.

### § 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) lisateave lapse tervisest, mille kandmist dokumenti arst peab oluliseks.

(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, mumps 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

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, märkides kuupäeva, retsepti väljastamisel ravimpreparaadi nimetuse, toimeaine nimetuse, ravimi vormi, ühekordse annuse ja päevase annuse; kanded tehakse alates lapse kolmenädalaseks saamisest.

### § 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, soovitused, 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 perearst lapse tervisekaardi juurde järgnevalt:

- 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 keskkooli andvas õppeasutuses õppivale õpilasele tervishoiuteenust osutav tervishoiutöötaja.
- (2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb õpilase tervisekaart kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 11 ja teine leht määruse lisas 12 toodud vormi kohaselt.
- (3) Pärast õpilase kooli lõpetamist või koolist lahkumist edastatakse kokkuvõtlik väljavõte õpilase tervisekaardist õpilase perearstile.

## § 23. Õpilase tervisekaardi säilitamine

Õpilase tervisekaart säilitatakse vähemalt viie aasta möödumiseni õpilase kooli lõpetamisest või koolist lahkumisest.

## § 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) plaanilise immuniseerimise kuupäev, vaktsiini nimetus, annus, seeria ning immuniseerimist teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;
  - 2) *Mantoux* reaktsiooni jälgimisel märgitakse selle tegemise kuupäev, seeria, tulemus;
  - 3) mitteplaanilise immuniseerimise kuupäev, manustatud vaktsiini nimetus, annus, seeria ning immuniseerimise teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number.
- (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);
- 9) märkused ja soovitusel, mille kandmist dokumenti tervishoiuteenuse osutaja peab oluliseks.

### **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**

Rasedakaart säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist.

#### **§ 28. Rasedakaardi kanded**

(1) Rasedakaarti kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus, aadress ja tegevusloa number;
- 2) arsti ees- ja perekonnanimi, eriala, registreerimistõendi number;
- 3) ämmaemanda või õe ees- ja perekonnanimi.

(2) Rasedakaarti 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;
- 5) õppiva patsiendi puhul kantakse dokumenti õppeasutuse nimetus, töötava patsiendi puhul töökoha nimetus;
- 6) töötava patsiendi puhul kantakse dokumenti tema töö- ja ametikoha andmed, töötingimused, ohutegurid;
- 7) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
- 8) Eesti Haigekassa liikmekaardi number;
- 9) püsiva töövõimetuse korral märgitakse töövõime kaotuse protsent;
- 10) puude korral märgitakse puude raskusaste;
- 11) riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number ja selle väljastaja nimetus;
- 12) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja elukoha aadress;
- 13) kui raseduse kulgu ei jälgigi raseda perearst, märgitakse dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
- 14) veregrupp ja Rh-kuuluvus, mille dokumenti kandmise aluseks peab olema nende määramist tõendav dokument.

(3) Rasedakaarti kantakse lapse isa järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood või selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) õppiva isiku puhul kantakse dokumenti õppeasutuse nimetus, töötava isiku puhul töökoha nimetus;
- 4) töötava isiku puhul kantakse dokumenti tema töö- ja ametikoha andmed, ohutegurid;
- 5) veregrupp ja Rh-kuuluvus, millekohase kande aluseks peab olema nende määramist tõendav dokument.

(4) Rasedakaarti kantakse raseda terviseseisundi järgmised andmed:

- 1) allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toiduained;
- 2) eelnevalt diagnoositud haigused: endokrinoloogilised, südame- ja veresoontkonna, neeru- ja kuseteede, hingamisteede, seedeelundkonna, naiste-, nakkus-, pärilikud haigused;
- 3) eelnevalt tehtud operatsioonid;
- 4) eelnevalt tehtud vereülekanDED;
- 5) lisateave tervise ohutegurite kohta: suitsetamine, alkoholi, uimastite tarvitamine.

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

- 1) kuupäev;
- 2) sünnitus: ajaline, enneaegne;
- 3) sünnituse kulg ja tüsistused;
- 4) sündinud lapse sugu ja kaal;
- 5) laps elab: jah, ei;
- 6) abort: heidend, artifitsiaalne.

(6) Rasedakaarti kantakse antud rasedusega arvelevõtmise järgmised andmed:

- 1) viimase menstruatsiooni alguse kuupäev;
- 2) raseduse suurus nädalates;
- 3) loote esimeste liigutuste kuupäev ja raseduse nädal;
- 4) oletatav sünnitamise kuupäev;
- 5) raseda vaagna mõõdud: d.sp – *distantia spinarum*, d.cr – *distantia cristarum*, d.tr – *diameter transversa(distantia trochanterica)*, c.ext – *conjugata externa*;
- 6) osalemine sünnituseks ettevalmistusel (perekool, ujumine, võimlemine jm);
- 7) naise kehakaal (kg) enne rasedumist ja pikkus (cm).

(7) Rasedakaarti kantakse raseduse kulu jälgimise järgmised andmed:

- 1) vastuvõtu kuupäev;
- 2) rasedusnädal;
- 3) kehakaal (kg) ja kaaluiive (kg);
- 4) tursete ja varikooside esinemine;
- 5) vererõhk mõõdetuna paremal ja vasakul käel (mmHg);
- 6) emakapõhja kõrgus;
- 7) kõhu ümbermõõt;
- 8) loote seis;
- 9) loote südamelöögid;
- 10) loote liigutused;
- 11) uuringud ja analüüsid: hemoglobiin veres (Hb); valk, suhkur ja sade uriinis; antikehad; süüfilis; immuunpuudulikkuse viirus (HIV); alfa-fetoproteiin ( $\alpha$  FP); gonorröa (GO); klamüüdia;
- 12) ultrahelileiu kirjeldus.

(8) Rasedakaarti kantakse teiste arstide konsultatsioonid: perearst, sisearst, silmaarst, hambaarst.

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

(10) Rasedakaarti kantakse vaginaalse staatuse jälgimise järgmised andmed:

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

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

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

(13) Rasedakaarti kantakse sünnituse kuupäev, lapse sugu, kehakaal (g), pikkus (cm).

#### **4. jagu** **Saatekiri**

##### **§ 29. Saatekiri**

(1) Saatekiri on ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamise käigus vormistatav dokument, mis on aluseks patsiendi suunamisele uuringule, teise arsti konsultatsioonile (edaspidi *konsultatsioon*) või statsionaarsele ravile.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb saatekiri kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 13 ja teine leht määruse lisas 14 toodud vormi kohaselt.

(3) Saatekirja esimese lehe vormistab patsiendi uuringule, teise arsti konsultatsioonile või statsionaarsele ravile suunanud tervishoiutöötaja. Teise lehe vormistab uuringu teinud või konsulteerinud tervishoiutöötaja.

(4) Kanded saatekirja teisele lehele tehakse konsultatsiooni puhul samal päeval, uuringu puhul sellele vastuse selgumise päeval.

##### **§ 30. Saatekirja edastamine ja säilitamine**

(1) Uuringu teinud või konsulteerinud tervishoiuteenuse osutaja tagastab asjakohase vastuse või otsusega saatekirja uuringule või konsultatsioonile suunanud tervishoiuteenuse osutajale.

(2) Patsiendi uuringule või konsultatsioonile suunanud tervishoiuteenuse osutaja säilitab talle tagastatud, uuringu või konsultatsiooni vastusega/otsusega saatekirja koos patsiendi tervisekaardiga.

(3) Statsionaarse tervishoiuteenuse osutaja säilitab patsiendi statsionaarsele ravile suunava saatekirja koos patsiendi haiguslooga.

### § 31. Saatekirja esimese lehe kanded

(1) Saatekirja esimesele lehele kantakse saatekirja vormistanud tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus;
- 2) tervishoiuasutuse tegevusloa number;
- 3) tervishoiuasutuse aadress;
- 4) võimalusel tervishoiuasutuse e-posti aadress;
- 5) arsti ees- ja perekonnanimi;
- 6) arsti registreerimistõendi number;
- 7) arsti telefoninumber.

(2) Saatekirja esimesele lehele kantakse tervishoiuteenuse osutaja, kelle juurde patsient suunatakse, järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus;
- 2) tervishoiuasutuse aadress;
- 3) võimalusel ruumi number.

(3) Saatekirja esimesele lehele kantakse järgmised suunamise eesmärgist lähtuvad andmed:

- 1) uuringule suunamisel – uuringu nimetus, vajadusel märke kiiruringu ja -vastuse kohta;
- 2) konsultatsioonile suunamisel – konsulteeriva arsti eriala ning võimalusel ka ees- ja perekonnanimi;
- 3) haiglaravile suunamisel – statsionaarse ravi alustamise kokkuleppeline kuupäev ning haigla ja osakonna nimetus.

(4) Saatekirja esimesele lehele kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) vanus;
- 3) isikukood;
- 4) alalise elukoha, vajadusel ka passijärgse elukoha aadress;
- 5) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
- 6) Eesti Haigekassa liikmekaardi number.

(5) Saatekirja esimesele lehele kantakse diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi.

(6) Saatekirja esimesele lehele kantakse suunamise põhjendusena patsiendi anamneesi ja terviseseisundi andmed.

(7) Saatekirja esimesele lehele kantakse patsiendi haigestumisega seotud, viimati tehtud uuringute vastused, mida suunav arst peab vajalikuks märkida.

(8) Saatekirja esimesele lehele kantakse saatekirja vormistamise kuupäev ja arsti allkiri.

### § 32. Saatekirja teise lehe kanded

Saatekirja teisele lehele kantakse tehtud uuringu või konsultatsiooni järgmised andmed:

- 1) uuringu või konsultatsiooni vastus või otsus;
- 2) edasised soovitusel;
- 3) kuupäev;
- 4) arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ja allkiri.

## 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) õenduslugu;
- 15) jälgimisleht;
- 16) ravileht.



### § 34. Haigusloo vormistamine

- (1) Haiguslugu vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.
- (2) Määruse paragrahvi 33 punktides 1 kuni 4 toodud haigusloo osad vormistatakse iga haigusloo puhul, punktides 5 kuni 16 toodud osad vormistatakse sellekohase tervishoiuteenuse osutamisel.
- (3) Patsiendi haiglast väljakirjutamisel või teise haiglasse üleviimisel haiguslugu lõpetatakse.

### § 35. Haigusloo säilitamine

Haiguslugu säilitatakse vähemalt 30 aasta jooksul pärast selle lõpetamist.

### § 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 haigusloo 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) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
  - 10) Eesti Haigekassa liikmekaardi number.
- (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, kellaaeg, 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 arstliku surmatõendi numbri ja selle väljastamise kuupäeva.
- (9) Üldosa esimesele lehele kantakse töövõimetuslehe väljastamisel selle seeria tähis, number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad.

### § 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) anestezioloogi 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) kavandatud uuringute plaan;
  - 8) kavandatud raviplaan;
  - 9) vormistamise kuupäev, selle vormistanud arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri;
  - 10) patsiendi allkiri.

### § 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, tervise seisundi muutustest, raviplaanide 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 väljavõte 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 elukohta 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 väljastamisel selle seeria tähis, number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad;
- 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, isekopeeruva paberil.

(3) Anesteesia kaart jääb anestesioloogia osakonda ning säilitatakse vähemalt viisteist aastat. Kaardi koopia säilitatakse koos haiguslooga.

#### § 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 anesteesioloogi, anesteesiaõde ning opereeriva kirurgi ees- ja perekonnanimed.
- (3) Anesteesia kaarti kantakse anesteesia kuupäev, haige operatsioonituppa saabumise ja seal lahkumise kellaeg, 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 gaasiseigus;
  - 6) kehatemperatuur koos mõõtmiskohaga;
  - 7) tsentraalne venoosne rõhk;
  - 8) tsentraalse hemodünaamika jälgimine: südame minutimaht, südame indeks, kopsuarteri rõhk, kopsuarteri kiilurõhk, segavenoosse vere O<sub>2</sub> 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, lihasjäudluse ja hemodünaamika seisund üleviimisel osakonda.
- (15) Haige viibimise ajal ärkamisruumis jätkatakse anesteesiakaardi täitmist.
- (16) Anesteesioloog allkirjastab anesteesia kaardi.

#### § 49. Haigusloo intensiivravi jälgimislehe osa

- (1) Haigusloo intensiivravi jälgimislehe osa (edaspidi *intensiivravi jälgimisleht*) vormistatakse iga patsiendi kohta, kes viibib intensiivravil. 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 – SpO<sub>2</sub>;
  - 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 enteralse toitmise andmed.
- (7) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt ja koguseliselt eritumiste andmed:
- 1) diureesi kaudu;
  - 2) nasogastraalsondi kaudu;
  - 3) dreene 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); motoorika (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) O<sub>2</sub>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)  $\text{FiO}_2/\text{O}_2$  liitrit minutis;
- 2) hingamisrežiim, muudetavate parameetrite väärtused;
- 3) intubatsioonitoru sügavus;
- 4) intubatsioonitoru või trahheakanüüli manseti rõhk (cm  $\text{H}_2\text{O}$ ).

(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 intensiivrivil. 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 intensiivrivil viibiva patsiendi tervise seisundi raskusastme hindamisele.

### § 52. TISS-lehe esimese lehe kanded

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

- 1) CMV, SIMV, *pressure support* üle kuue tunni, kui patsient viibib kopsude kunstlikul ventilatsioonil üle kuue tunni. Ei sõltu aparaadi tüübist;
- 2) CMV, SIMV, *pressure support* alla kuue tunni, kui patsient viibib kopsude kunstlikul ventilatsioonil alla kuue tunni. Ei sõltu aparaadi tüübist;
- 3) lihasrelaksantide kasutamine, kui on kasutatud relaksante kopsude kunstliku ventilatsiooniga samaaegselt patsiendi paremaks adaptatsiooniks;
- 4) CPAP – märgitakse nii abistav hingamine maski abil kui ka intubatsioonitoru kaudu. Kui patsient on eelnevalt sama ööpäeva jooksul viibinud juhitalval hingamisel, siis ainult CMV, SIMV;
- 5) naso- või orotraheaalne intubatsioon, trahheostoomia kanüüli vahetus viimase 24 tunni jooksul, arvestatakse ka kui protseduur on tehtud haigla vastuvõturuumis;
- 6) trahheostoomia 48 tunni jooksul sõltumata selle tegemise kohast;
- 7) regulaarne trahhea aspiratsioon, kui aspireeritakse regulaarselt ja vähemalt iga kahe tunni järel. Peab olema näidatud ka intensiivravi jälgimislehel, ka ülemiste hingamisteede aspiratsioon;
- 8) intubeeritud või trahheostomeeritud patsient spontaansel hingamisel olenemata sellest, millal patsient on intubeeritud või trahheostomeeritud;
- 9) trahheostoomia ja intubatsioonitoru hooldus manseti rõhu mõõtmisega, kui mõõdetakse manseti rõhku, kontrollitakse intubatsioonitoru sügavust;
- 10)  $\text{O}_2$  lisa sissehingatavas õhus, kui kasutatakse maski või ninasondi;
- 11) hingamise füsioteraapia, ravimihalatsioon, kui aktiivsele puhumisele ja kõhimisele on lisandunud võimlemine, klõppimine, korduvad inhalatsioonid;
- 12) ventilatsioon kõhuli asendis;
- 13) surfaktantravi vastsündinul 24 tunni jooksul pärast ravi alustamisest.

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

- 1) IABP, kuni balloon on aordis;
- 2) kardiostimulaator – (töötav) väline (ajutine) või implanteeritud püsistimulaator, töötab asünkroonsel või *demand*-režiimil;
- 3) kardiostimulaator – (välja lülitatud), tavaliselt ajutine, *stand by*-olekus;
- 4) enam kui ühe vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon – dopamiin, dobutamiin, adrenaliin, noradrenaliin, dopeksamiin, amriinon, milriinon, nitroglütseriin, nitroprussiid;
- 5) ühe vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon;
- 6) kardioversioon;
- 7) antiarütmikumi püsiinfusioon – amiodaroon, lidokaiin ja muud;

- 8) kiirküllastus digitaalse preparaadiga – kiirküllastus 24 tunni jooksul digitaalse preparaadidega, 48 tunni jooksul digitaliseerimise alustamisest;
- 9) forsseeritud diurees – eriolukordades, näiteks mürgistuste, neerupuudulikkuse, ägeda aju-, kopsuturse korral;
- 10) intravenoosne ravim väljaspool regulaarseid korraldusi – ravim määratud hetkeseisundit arvestades, näiteks supraventrikulaarne tahhükardia – verapamiil, oligouuria – furosemiid;
- 11) kolm ja enam antibiootikumi, ka antimükootikumide ja viirusevastaste preparaadide korral;
- 12) üks kuni kaks antibiootikumi;
- 13) parenteraalne tsütostaatikum;
- 14) regulaarsed intravenoossed ravimid, kui vähemalt üks ravim on patsiendile määratud regulaarselt.

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

- 1) kopsuarteri või südame vasaku koja kateeter – kõik tüübid on võrdsed (termodilutsioon, SvO<sub>2</sub>);
- 2) SMM korduv mõõtmine – sõltumata meetodikast: ultraheli, termodilutsioon;
- 3) arteri kanüül või otsese arteriaalse rõhu monitooring;
- 4) veregaasid, elektrolüüdid ja muud biokeemilised analüüsid neli ja enam korda 24 tunni jooksul, sõltuvalt tegemise kordadest, mitte analüüsivastuste summast;
- 5) veregaasid, elektrolüüdid ja muud biokeemilised analüüsid kuni kolm korda 24 tunni jooksul;
- 6) CVP tsentraalse veeni kateeter rõhu pideva ja intermiteeruva mõõtmise korral;
- 7) kaks või enam perifeerset veenikanüüli;
- 8) üks perifeerne veenikanüül;
- 9) vererõhk, frekvents, hingamissagedus iga kahe tunni järel otsese rõhu puudumisel;
- 10) EKG või SpO<sub>2</sub>monitooring;
- 11) epiduraalkateetrisse ravimi manustamine, kateetri asetamine koos ravimi manustamisega;
- 12) ehhokardiograafia, sonograafia, röntgenuuringud, mis on tehtud intensiivravi osakonnas;
- 13) mao limaskestast pCO<sub>2</sub>määramine;
- 14) SjO<sub>2</sub>monitooring – jugulaarveenist hapnikuküllastuse jälgimine kateetri abil.

### § 53. TISS-lehe teise lehe kanded

(1) TISS-lehe teisele lehele kantakse sõltuvalt patsiendiga tehtavatest toimingutest parenteraalse toitumise, infusioonravi, elektrolüütide häirete kohta järgmised andmed:

- 1) parenteraalne toitumine tsentraalsesse veeni, kui infusioon sisaldab aminohapete lahust;
- 2) parenteraalne toitumine perifeersesse veeni;
- 3) metaboolse alkaloosi ravi – eeldab pH taseme määramist veres;
- 4) metaboolse atsidoosi ravi – eeldab pH taseme määramist veres, kaasa arvatud NaHCO<sub>3</sub>manustamine;
- 5) kaaliumi infusioon üle ühe mmol/kg ööpäevas;
- 6) vedeliku bilanss enam kui üks kord ööpäevas;
- 7) vedeliku bilanss üks kord ööpäevas;
- 8) enteraalne sondiga toitumine;
- 9) infusioon põhivajadusest enam – täiskasvanul enam kui 30 ml/kg ööpäevas, kusjuures arvestatakse kõik infusioonilahused summaarselt, lastel eakohasest normist enam.

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

- 1) erakorraline operatsioon või protseduur 24 tunni jooksul – kõik operatsioonid ja invasiivsed protseduurid, mis on tehtud viimase 24 tunni jooksul intensiivravil viibival patsiendil (ka PTCA, kardiostimulaatori implantatsioon);
- 2) bronhoskoopia ja muud endoskoopiad;
- 3) perikardi- või pleuraõõne punktsioon, dreeni asetamine – ainult punktsioon või koos dreeni asetamisega;
- 4) pleura või mediastiinumi dreenid, aktiivse aspiratsiooni dreenid – aktiivne aspiratsioon dreenidest reguleeritud rõhureguleeritud (gofreeritud lõõtsa ei märgita);
- 5) keerulised ortopeedilised venitused (kael);
- 6) ortopeedilised venitused;
- 7) korduvad sidumised – märgitakse rohke haavaerituse puhul;
- 8) plaanipärased sidumised;
- 9) lamatiste ennetamine – kõik juhud, kui kasutatakse lokaalseid või asendiga seotud võtteid (regulaarne liikumatu patsiendi pööramine vähemalt kolme tunni järel) lamatise ennetamiseks, samuti eriotstarbelised madratsid ja voodid;
- 10) fistulite, stoomide, passiivsete haavadreenide loputus ja hooldus – passiivsed dreenid kõhuõõnes või mõnes muus piirkonnas, välja arvatud rindkere õõnes;
- 11) nasogastraalsond – ka üksnes enteraalseks toitumiseks;
- 12) intensiivravil viibiva patsiendi dušš;
- 13) 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:

- 1) rõhuga transfusioon – kiiruse saavutamiseks kasutatakse rõhukotti või teisi vahendeid;
- 2) trombotsüütide ülekanne;
- 3) maoloputus jääkülma veega verejooksu peatamiseks või loputamine uuringu tarbeks;
- 4) söögitoru tamponaad – *Sengstaken-Blakemore'i sond, mida kasutatakse söögitoru veenilaiendite verejooksu peatamiseks*;
- 5) intraarteriaalne ravimi püsiinfusioon – näiteks mao verejooksu korral *Pitresiniinfusioon a.gastricasse*;
- 6) erütrotsüütide massi suspensioon, värskest külmutatud plasma või plasma derivaatide ülekanne olenemata kogusest.

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

- 1) ICP monitooring koos drenaažiga;
- 2) kontrollitud hüpotermia, sõltumata meetodikast kehatemperatuuri viimine ja säilitamine alla 33 °C;
- 3) elustamine 48 tunni jooksul. Arvestatakse 24 tunni jooksul toimunud elustamist sõltumata selle tegemise kohast ning ka edukas defibrillatsioon lühiaegse vatsakeste fibrillatsiooni korral;
- 4) analgosedatsioon, krambivastane ravim, barbituraatnarkoos – arvestatakse pidevat või sagedat ravimi manustamist, mitte ühekordseid süsteid;
- 5) *Glasgow* kooma skaala kolme tunni jooksul haigla osakonnas, kus seda tehakse rutiinselt, teistel juhtudel, kui määratakse mingil kindlal näidustusel.

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

- 1) erakorraline hemodialüüs, hemofiltratsioon, terapeutiline plasmaferees, CAVHD, CVVHD, terapeutiline verevahetus, ägedaks loetakse kõik aktuaalsest diagnoosist sõltuvad protseduurid;
- 2) krooniline dialüüs sõltumata intensiivravi sattumise diagnoosist;
- 3) peritoneaaldialüüs;
- 4) trombolüüs – süsteemne (intravenoosne) või kindlasse veresoonda (näiteks kopsuarter) manustatuna streptokinaas, t-PA, kuni 24 tunni jooksul pärast manustamist;
- 5) hepariini püsiinfusioon;
- 6) krooniline antikoagulantravi kaudse antikoagulandiga;
- 7) haige aktiivne soojendamise või jahutamise, vastsündinu kuvöös;
- 8) põie püsikateeter;
- 9) fototeraapia;
- 10) korduvad maoloputused mürgistuste ravis, ei ole samastatav loputamisega jääkülma veega verejooksu korral;
- 11) enneaegne vastsündinu kuni kolme kuu vanuseni, sündinud kuni 37-nda gestatsiooninädalani;
- 12) sünnikaal alla 1500 grammi, sündinud kuni 40-nda gestatsiooninädalani;
- 13) hüpo- ja hüpernatreemia ravi –  $124 > Na > 156$  mmol/l;
- 14) väljaspool intensiivravi osakonda tehtud uuringud patsiendi puhul, kes vajab juhitavat (ka abistavat) hingamist, vasoaktiivseid ravimeid, on teadvusetus seisundis.

#### § 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 sünnipv, -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 veretooted, 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 protokolli osa**

- (1) Haigusloo transfusioonijärgse reaktsiooni protokolli 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 protokolli esimese lehe kanded**

- (1) Transfusioonijärgse reaktsiooni protokolli 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 kellaeg;
  - 6) transfusioonijärgse reaktsiooni alguse kellaeg;
  - 7) tekkinud reaktsiooni sümptomid: õhupuudus, rinnavalu, seljavalu, nimmivalu, 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, hematuuria, 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 protokollis 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 protokollis teatise osa lõigatakse ära ja saadetakse nõustavale verekeskusele reaktsiooni registreerimiseks.

## § 62. Transfusioonijärgse reaktsiooni protokollis teine leht

Transfusioonijärgse reaktsiooni protokollis 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. Sümptomaatikal sarnaneb täiskasvanute respiratoorsele distress-sündroomile. Tekib transfusiooni ajal;

6) urtikaaria jm kergemad allergilised reaktsioonid – kood 405.

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

7) tsirkuloorne 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 sisalduva 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. Haigusloos operatsiooniprotokollis 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) operatsiooniõe 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 isekopeeruvale paberil määruse lisas 28 toodud vormi kohaselt.

(3) Patsiendikaardi koopia jääb erakorralise meditsiini osakonda ning see säilitatakse vähemalt kolme aasta jooksul.

#### § 66. Patsiendikaardi kanded

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

(2) Patsiendikaarti kantakse saatediagnoos.

(3) Patsiendikaarti kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) sugu;
- 3) vanus, isikukood;
- 4) Eesti Haigekassa liikmekaardi number;
- 5) elukoht, telefoninumber;
- 6) perearsti ees- ja perekonnanimi;
- 7) kaasasolevad isiklikud esemed ja dokumendid: võtmed, proteesid, raha, pass, haigekassa liikmekaart, pensionitunnistus, juhiluba ja muud, lisades kaarti kande, kas kiirabibrigaad andis nimetatud esemed ja dokumendid üle valvearstile või tagastas patsiendile.

(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, äratatav, koomas;
- 2) pupillid: normis, kitsad, laiad, diferents;
- 3) kops parem: puhas, nõrgem, räginal, kiuned;
- 4) kops vasak: puhas, nõrgem, räginal, kiuned;
- 5) hingamine: normis, hüperventilatsioon, hüpoventilatsioon, ei hinga, ei hoia hingamisteid lahti;
- 6) kõht: normis, iiveldus, peritoneaalärritusnähud, valu (ülakõhus, alakõhus; paremal, vasemal), pinges, peristaltika normis, peristaltika elavnenu, 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 frekvens;
- 3) südame rütm;
- 4) saturatsioon – SpO<sub>2</sub>%;
- 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) märged, mis kantakse tabeli vastavatesse lahtritesse, kus A<sub>NR</sub>tähistab analüüsi koos selle järjekorranumbriga (näiteks A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>jne); U<sub>NR</sub>tähistab tehtud uuringut koos selle järjekorranumbriga (näiteks U<sub>1</sub>, U<sub>2</sub>jne); P<sub>NR</sub>tähistab protseduuri koos selle järjekorranumbriga (näiteks P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>jne); K<sub>NR</sub>tähistab konsultatsiooni koos selle järjekorranumbriga (näiteks K<sub>1</sub>, K<sub>2</sub>jne) ning R<sub>NR</sub>tähistab ravimi manustamist koos selle järjekorranumbriga (näiteks R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub>jne).

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

- 1) analüüsides nimetused ja vastusotsused;
- 2) uuringute nimetused, lisades nende tegija nime, registreerimistõendi numbrit ja allkirja;
- 3) protseduuride nimetused, lisades nende tegija nime, registreerimistõendi numbrit 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 numbrit;
- 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. Haigusloo õendusloo osa

(1) Haigusloo õendusloo osa (edaspidi *haiguslugu*) vormistab õde iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.

(2) Õenduslugu vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

## § 68. Õendusloo kanded

(1) Õendusluku kantakse õendusanamneesi järgmised andmed:

- 1) haiglasse pöördumise põhjus, kas uuringuteks või operatsiooniks, plaanilise või erakorralise haigena, liiklus- või muu õnnetuse tõttu, eelnenud operatsiooni, kukkumise, südamepiirkonna valude, kõhuvalude tõttu või muul põhjusel;
- 2) õendusdiagnoos, tuues välja peamised vaevused nagu väsimus, õhupuudus, valupiirkond, tursed, kõhukinnisus, raskused neelamisel; peamised vaevused, mis esinevad lisaks põhihaigusele või traumale nagu unepuudus ja muu; häiritud sõnaline suhtlemine, lühimälu, kõne halvasti mõistetavus;
- 3) kaasuvad haigused;
- 4) eelnevad haiglasviibimised, operatsioonid;
- 5) ravimite kasutamine;
- 6) allergiliste reaktsioonide esinemine ravimitele, toidule;
- 7) toitumine: tavaline, diabeet, vastunäidustatud toit; sööb ise, vajab abi, sonditoit, püreeritud või tahke toit, taimetoitlane, ala- või ülekaalulisus, raskema haiguse puhul tuleb kontrollida suuõhne seisukorda;
- 8) nägemine: normaalne, kannab prille või kontaktläätsi, ülitundlikud silmad, pime, silmaprotees, silmatilkade kasutamine, kae esinemine;
- 9) kuulmine: normaalne, nõrgenenud, kurt, kasutab kuulmisaparaati;

- 10) liikumine: liigub ise, liigub kepi, karkude abil, ratastoolis;
- 11) abivahendid: südame stimulaator, jäsemeproteesid, hambaproteesid;
- 12) erituselundite talitus: normaalne, urineerimisvaevused, põie pidamatus, põiekateeter, mähkmed, stoomid;
- 13) kahjulikud harjumused: suitsetamine, uimastite tarvitamine, unerohu, valuvaigistite ja alkoholi kuritarvitamine;
- 14) patsiendi emotsionaalse seisundi kirjeldus;
- 15) erispetsialisti vajadus: hingehoidja, sotsiaaltöötaja, psühholoog, liikumisravi spetsialist, massöör vm;
- 16) patsiendi seisundi kohta teavet andnud isiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed;
- 17) kanne patsiendi väärtasjade, raha ja dokumentide kohta, kas on antud vastuvõtuosakonda, antud osakonda hoiule, puuduvad; riiete kohta, kas on riietehoius, koju viidud, puuduvad;
- 18) patsiendi kehakaal (kg), pikkus (cm);
- 19) vererõhk (mmHg);
- 20) anamneesi võtja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

(2) Õenduslukku kantakse õendusplaan: kande tegemise kuupäev; õendusdiagnoos (probleemi kirjeldus); õendushoolduse abinõude ning selle tulemuse kirjeldus; õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

(3) Patsiendi surma korral vormistatakse surnu isiklike asjade akt, kuhu kantakse järgmised andmed:

- 1) surma kuupäev;
- 2) surma kellaaeg;
- 3) surmu isiklike asjade, sealjuures ka ära visatud riknenud toiduainete loetelu;
- 4) akti koostaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri;
- 5) isiklikud asjad üleandnud isiku ees- ja perekonnanimi ning allkiri;
- 6) isiklikud asjad vastuvõtnud isiku ees- ja perekonnanimi ning allkiri;
- 7) isiklike asjade üleandmise kuupäev.

#### § 69. Haigusloo jälgimislehe osa

(1) Haigusloo jälgimislehe osa (edaspidi *jälgimisleht*) vormistab õde arsti korralduste kohaselt vastavalt patsiendi terviseseisundi raskusele ning tehtavatele toimingutele.

(2) Jälgimisleht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

#### § 70. Jälgimislehe kanded

Jälgimislehele kantakse järgmised andmed:

- 1) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 2) kande tegemise kuupäev;
- 3) operatsioonijärgse päeva järjekorranumber;
- 4) kellaaajaliselt vererõhk (mmHg) ja temperatuur (Celsiuse järgi);
- 5) diurees;
- 6) kõhutegevus;
- 7) iivelduse, oksendamise esinemine;
- 8) veresuhkur;
- 9) patsiendi liikumisvõime;
- 10) toit, dieet erivajaduse korral;
- 11) juhised patsiendile, näiteks kuidas istuda, süüa, tõusta;
- 12) allergiliste reaktsioonide esinemine;
- 13) patsiendi kehakaal (kg), pikkus (cm);
- 14) arsti ees- ja perekonnanimi ja registreerimistõendi number;
- 15) jälgimislehe lõpetanud valveõde ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

#### § 71. Haigusloo ravilehe osa

(1) Haigusloo ravilehe osa (edaspidi *ravileht*) vormistab õde arsti korralduste kohaselt ning vastavalt patsiendi terviseseisundi raskusele ning tehtavatele toimingutele.

(2) Ravileht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

#### § 72. Ravilehe kanded

Ravilehele kantakse kellajaliselt järgmised andmed:

- 1) infusioonid, märkides nimetuse, kuupäeva, ravi alustamise ja lõpetamise kuupäeva ning ravi määraja ees- ja perekonnanime;
- 2) protseduurid, märkides nimetuse, kuupäeva, ravi alustamise ja lõpetamise kuupäeva ning ravi määraja ees- ja perekonnanime;

3) uuringud, märkides nimetuse, kuupäeva, ravi alustamise ja lõpetamise kuupäeva ning ravi määraja ees- ja perekonnanime;

4) ravimid, märkides ravimpreparaadi nimetuse, toimeaine nimetuse, ravi alustamise ja lõpetamise kuupäeva ning ravi määraja ees- ja perekonnanime.

## **6. jagu Kiirabikaart**

### **§ 73. Kiirabikaart**

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

(2) Kiirabikaardi vormistab kiirabibrigaadi juht.

(3) Käesoleva määruse tähenduses koosneb kiirabikaart ühest lehest ja vormistatakse määruse lisas 29 toodud vormi kohaselt, isekopeeruval paberil.

### **§ 74. Kiirabikaardi säilitamine**

(1) Kiirabikaardi esimene leht jääb kiirabibrigaadi pidajale (edaspidi *kiirabiasutus*). Kiirabikaardi koopia on saatekirjaks haiglale või väljavõtteks perearstile, patsiendile, korduvate väljakutsete puhul ka kiirabile.

(2) Kiirabiasutus säilitab kiirabikaardi vähemalt viie aasta jooksul.

(3) Kui kiirabi andmisele järgneb haiglaravi, säilitatakse kiirabikaardi koopia haiglas koos haiguslooga.

### **§ 75. Kiirabikaardi päise kanded**

(1) Kiirabikaardi päise ossa kantakse kiirabi väljakutse registreerinud häirekeskuselt saadavad järgmised andmeid:

- 1) kiirabiasutuse nimetus;
- 2) kiirabikaardi number, mis koosneb kiirabibrigaadi numbrist, aastaarvu viimasest (või kahest viimasest) numbrist ja kiirabibrigaadi visiidi järjekorra numbrist (jooksvat numeratsiooni alustatakse aasta algusest numbrist üks);

(2) Kiirabikaardi päise ossa kantakse õnnetusteate vastu võtnud ja väljasõidukorraldust andvalt häirekeskuselt saadavad järgmised andmeid:

- 1) väljasõidu päev ja kuu araabia numbritena;
- 2) abivajaja asukoht;
- 3) häirekeskuse töötaja olukorra ja abivajaja seisundi esmase hinnangu kohane kiirabi väljakutse prioriteet: A, B, C, D, mis tähistab väljakutse raskusastet;
- 4) lühiandmed väljakutse põhjuse, kaebuste kohta;
- 5) tüüpjuhtumi nimetus sellekohase klassifikatsiooni kohaselt;
- 6) õnnetusteate edastanud isiku nimi, telefoninumber;
- 7) abivajaja ees- ja perekonnanimi;
- 8) abivajaja vanus;
- 9) abivajaja sugu;
- 10) kiirabibrigaadi liikmete perekonnanimed;
- 11) väljasõidukorralduse saamise kellaeg;
- 12) väljasõidu alguse kellaeg;
- 13) sündmuskohale jõudmise kellaeg;
- 14) sündmuskohalt lahkumise kellaeg;
- 15) väljasõidu lõpetamise ja uueks väljasõiduks valmisoleku kellaeg.

### **§ 76. Kiirabikaardi keskosa kanded**

(1) Kiirabikaardi keskosa kantakse sündmuskohal täpsustatud patsiendi ja tema terviseseisundi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta või orienteeruv vanus;
- 3) sugu;
- 4) alalise elukoha aadress;
- 5) perearsti, kelle nimistusse patsient on registreeritud, ees- ja perekonnanimi;
- 6) kaebused, anamnees;
- 7) ravimid, mida patsient tarvitab regulaarselt või on eelnevalt tarvitanud, haiguse nimetus, mis on diagnoositud enne kiirabi väljasõitu;
- 8) patsiendiga kaasasolnud väärtesemed ja dokumendid;
- 9) teadvuse seisund ja hindamise kellaeg: selge – on orienteeritud isikus, ajas, ruumis ja situatsioonis; desorienteeritud – ei ole orienteeritud kas isikus, ajas, ruumis või situatsioonis; äratata – avab välisärritajale silmi; koomas – ei ole äratata (välisärritajale ei ava silmi);

- 10) hingamise ja hingamisteede seisund ning hindamise kellaeg: normaalne – hingamissagedus on eakohane, hingamisrütmi ja rindkere liikumine normaalne; hüperventileeriv – hingamissagedus ja/või minutiventilatsioon on suurem normist; hüpoventileeriv – hingamissagedus on aeglasem ja/või minutiventilatsioon on väiksem normist; ei hinga – hingamine puudub; hoiab hingamisteed lahti – kontrollib hingamisteede toonust, hingamine on vaba; ei hoiab hingamisteede lahti – ei kontrolli hingamisteede toonust, hingamine on takistatud;
- 11) pupillide suuruse, võrdsuse ja valgusele reageerimise seisund ning hindamise kellaeg: normaalsed – pupillid tavalise suurusega; võrdsed, reageerivad valgusele normaalselt; kitsad – pupillid normaalsest kitsamad; laiad – pupillid normaalsest laiemad; parem pupill on väiksem kui vasak; parem pupill on suurem kui vasak;
- 12) numbriliste väärtustena mõõdetavad parameetrid ja mõõtmise kellaeg: hingamissagedus, süstoolne vererõhk (mmHg), pulsisagedus minutis, temperatuur kehatüvel (Celsiuse järgi), glükoosi sisaldus veres (mmol/l), vere hemoglobiini küllastuse protsent hapnikuga mõõdetuna pulssoksimeetriga;
- 13) naha värvuse, niiskuse, temperatuuri ja lööbelisuse seisund ning hindamise kellaeg: normaalne – nahk on normaalse värvuse, temperatuuri ja niiskusega; soe – naha pind katsudes normaalsest soojem; jahe – naha pind katsudes normaalsest jahedam; niiske – naha pind katsudes niiske; kuiv – naha pind katsudes normaalsest kuivem; kahvatu – naha värvus visuaalsel vaatlusel normaalsest kahvatum; punetav – nahk visuaalsel vaatlusel punetav; lööve – naha pinda katab silmaga nähtav lööve;
- 14) südame rütmi seisund ja hindamise kellaeg: regulaarne, ebaregulaarne;
- 15) kopsude seisund: normaalne – normaalse tugevusega hingamiskahin; nõrgem – hingamiskahin nõrgem vasakul ja/või paremal; räginad – kopsudes kuulda räginad; kiuned – kopsudes kuulda kiuned;
- 16) kõhu valu(likkuse), mootorika ja kuju hinnang ning hindamise kellaeg: normaalne – kõht palpatsioonil pehme, valutut, kuulda normaalne peristaltika; valu ülakõhus – palpatsioonil valu(likkus) ülakõhus; valu keskkõhus – palpatsioonil valu(likkus) keskkõhus; valu alakõhus – palpatsioonil valu(likkus) alakõhus; valu paremal – palpatsioonil valu(likkus) kõhu paremal pool; valu vasakul – palpatsioonil valu(likkus) kõhu vasakul pool; pinges – palpeerides kõhulihased pinges; perit ärrit pos – peritoneaalärritusnäht positiivsed; peristaltika puudub – auskultatsioonil pole kuulda soolestiku mootorikat; peristaltika elavnenud – auskultatsioonil kuulda elavnenud soole mootorika; esilevõlvunud – palpatsioonil tunda ja vaatlusel näha ettevõlvunud kõht;
- 17) neuroloogiline seisund Glasgow' kooma skaala järgi punktides hinnatuna ja hindamise kellaeg: 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);
- 18) vigastuse põhjus: liiklusvahend – vigastuse on põhjustanud liiklusvahend, peksumine, kukkumine madalamalt kui kaks meetrit, kukkumine kõrgemalt kui kaks meetrit, alajahtumine, külmumine, uppumine, löök, tulirelv, terariist, elektrivool, põletus, mürgistus, poomine;
- 19) vigastuse liik: murd, haav, marrastus, põrutus, lõmastus, põletus, verevalum, verejooks;
- 20) vigastuse piirkond: pea, kael, rind, kõht, selg, käsi, vaagen, jalg;
- 21) trauma liik: liiklus, olme, töö, vägivald, suitsiid, sport;
- 22) trauma indeks Crossmanni järgi punktides: süstoolne vererõhk (mmHg) – 0 kuni 74, 75 kuni 85, 86 kuni 100, rohkem kui 100; pulss (korda/min) – kuni 50, 51 kuni 119, 120 ja rohkem; hingamine – normis, raskendatud/pindmine, vähem kui 10 ja vajab intubatsiooni; teadvus – normis, segane/rahutu, arusaamatud sõnad; penetreeriva vigastuse esinemine;
- 23) elektrokardiogrammi ja/või kardiomonitoringu leiu kirjeldus;
- 24) patsiendi anamnees, tema seisundi objektiivsete uurimisandmete põhjal diagnoositud haiguse nimetus RHK-10 järgi;
- 25) kiirabibrigaadi poolt patsiendile manustatud ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, manustamise viis, kogus vastavates ühikutes (mg, g, ml, mekv, TÜ);
- 26) patsiendile tehtud protseduurid;
- 27) elustamiskaardi number, kui toimus elustamiskatse;
- 28) patsiendi transpordiviis;
- 29) joobetunnused: alkoholi-, narkojoove, puuduvad.

(2) Kiirabikaardi keskossa kantakse väljasõidu lõpptulemus: patsient jäi sündmuskohale; patsient viidi haiglasse; kiirabivisiit annulleeriti enne sündmuskohale jõudmist; patsient suri kiirabibrigaadi liikmete juuresolekul; patsient suri enne kiirabibrigaadi sündmuskohale jõudmist; patsient anti üle politseile, kainestusmajja; patsienti ei leitud.

(3) Kiirabikaardi keskossa tehakse sellekohane kanne patsiendi edasisest abist keeldumise kohta, mida kinnitab patsiendi allkiri.

(4) Kiirabibrigaadi juht kannab kiirabikaardi keskossa oma allkirja.

(5) Kiirabikaardi keskossa kantakse haigla ja osakonna nimetus, kuhu patsient üle antakse.

(6) Kiirabikaardi keskossa kantakse patsiendi haiglasse vastu võtnud tervishoiutöötaja nimi, mida kinnitab tema allkiri.

## § 77. Kiirabikaardi jalus ja selle kanded

(1) Kiirabikaardi jalus on teistest kiirabikaardi andmeväljadest eraldatud pideva joonega.

(2) Kiirabikaardi jalus koosneb vasakpoolsest, keskmisest ja parempoolsest andmeväljast.

(3) Kiirabikaardi jaluse vasakpoolne andmeväli sisaldab järgnevaid andmeid:

- 1) kiirabiasutuse nimetus ja aadress;
- 2) kiirabikaardi number;
- 3) kiirabikaardi vormistamise kuupäev;
- 4) patsiendi ees- ja perekonnanimi.

(4) Kiirabikaardi jaluse keskmine ja parempoolne osa vormistatakse haiglas, kuhu patsient üle antakse ja sellele kantakse järgmised andmed:

- 1) ravi kestus päevades;
- 2) haiglaravi tulemus;
- 3) lõplikult diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 4) hinnang kiirabi tegevusele;
- 5) kiirabikaardi kanded teinud haigla tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, allkiri ning kuupäev.

(5) Kiirabikaardi jalus tagastatakse kiirabiasutusele, kellele kuuluv kiirabibrigaad patsiendi haiglaravile üle andis.

## 7. jagu Kiirabi elustamiskaart

### § 78. Kiirabi elustamiskaart

(1) Kiirabi elustamiskaart (edaspidi *elustamiskaart*) vormistatakse kiirabikaarti täiendava dokumendina väljasõidu käigus patsiendile tehtud elustamiskatse korral.

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb elustamiskaart ühest lehest ja vormistatakse paber kandjal määruse lisas 30 toodud vormi kohaselt, isekopeerival paberil.

(3) Elustamiskaardi vormistab kiirabibrigaadi juht.

(4) Patsiendi ühe elustamiskatse kohta vormistatakse üks elustamiskaart, olenemata elustamisel osalenud kiirabibrigaadide arvust.

### § 79. Elustamiskaardi säilitamine

Elustamiskaart jääb kiirabiasutusele ja säilitatakse vähemalt viie aasta jooksul. Koopia on järgneva haiglaravi korral teabeks haigla intensiivravi osakonnale ja säilitatakse koos patsiendi haiguslooga.

### § 80. Elustamiskaardi kanded

(1) Elustamiskaarti kantakse kiirabibrigaadi ja patsiendi järgmised andmed:

- 1) kiirabiasutuse nimetus;
- 2) elustamiskaardi number kiirabibrigaadi tehtud käesoleva aasta elustamiste jooksva numeratsiooni alusel;
- 3) väljasõidu kuupäev araabia numbritega;
- 4) väljasõidukorralduse saamise kellaaeg;
- 5) väljasõidu alguse kellaaeg;
- 6) sündmuskohale jõudmise kellaaeg;
- 7) kiirabibrigaadi juhi nimi;
- 8) kiirabikaardi number;
- 9) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 10) patsiendi alalise elukoha aadress;
- 11) patsiendi isikukood, selle puudumise korral (orienteeruv) vanus;
- 12) patsiendi sugu;
- 13) eeldatav kliiniline diagnoos RHK-10 järgi, mis põhjustas kliinilise surma;
- 14) kaasuv haigus RHK-10 järgi.

(2) Elustamiskaarti kantakse sündmuskoha olukorra kirjeldus enne kiirabibrigaadi saabumist:

- 1) patsiendi asukoht: korter, avalik koht, töökoht, kiirabiauto, tervishoiuasutus, muu;
- 2) kiirabi väljasõidule eelnenu patsiendi kesknärvisüsteemi seisund *Glasgow-Pittsburgh* hindamisskaala (*CPC-cerebral performance categories*) järgi punktides hinnatuna: hea kesknärvisüsteemi funktsioon (1) – teadvusel, võimeline töötama ja elama normaalsel elu, võib esineda vähene neuroloogiline defitsiit (mõõdukas düsfaasia, vähene hemiparees, minimaalne kraniolaalnrõõru kahjustus); mõõdukas kesknärvisüsteemi kahjustus (2) – teadvusel, võimeline töötama tingimustes ja osalise töökoormusega, on sõltumatu igapäevastes toimingutes (riietumine, sõitmine ühistranspordiga, toidu valmistamine), võivad esineda: hemiplegia, krampid, ataksia, düsartria, düsfaasia, mälu ja psüühikahäired; raske kesknärvisüsteemi kahjustus (3) – teadvusel, sõltub täielikult kõrvalabist, ajufunktsiooni häired varieeruvad alates rasketest mäluhäiretest ja dementsusest kuni halvatuseni (akineetiline mutism); kooma, vegetatiivne seisund (4) – teadvusetu, ei reageeri välisfaktoritele, puudub verbaalne või psühholoogiline vahekord väliskeskonnaga; surnud (5) – diagnoositud ajusurm või surm üldtuntud kriteeriumite järgi;



- 3) kliinilise surma tuvastamine: tunnistajate juuresolekul, kiirabibrigaadi liikmete juuresolekul, leiti surnuna;
- 4) kliinilise surma kellaaeg (eeldatav);
- 5) kliinilise surma põhjus (eeldatav): kardiaalne – südamerütmihäired, südameinfarkt, kopsuarteri trombemboolia; mittekardiaalne – trauma, uppumine, elektrilööök, hüpothermia, mürgistus, insult, hüpoksia, verejooks, allergia, väikelapse äkksurma sündroom;
- 6) aeg minutites vereringe seiskusest esmaste elustamisvõtete rakendamiseni;
- 7) elustamist alustanud isik: juhuslik abistaja, töökaaslane, sugulane, tervishoiutöötaja;
- 8) elustamisel kasutatud võtted: hingamine, südamemassaaž;
- 9) kommentaarid, hinnang tegevusele enne kiirabibrigaadi saabumist.

(3) Kiirabibrigaadi tegevuse kirjeldus:

- 1) aeg minutites vereringe seiskusest kvalifitseeritud elustamise alguseni;
- 2) patsiendi seisund kiirabibrigaadi saabumisel: nahavärvus – kahvatu, tsüanootiline; teadvus; pupill – kitsas, keskmiselt lai, lai; hingamine; hingamisteede refleksid; eelnevalt juhitud hingamisel; palpeeritav pulss;
- 3) esmaselt diagnoositud/dokumenteeritud vereringeseiskuse vorm: asüstoolia, vatsakeste fibrillatsioon, pulsita ventrikulaarne tahhükardia, ebaefektiivne süstol;
- 4) kunstliku ventilatsiooni viis: suust suhu, taskumask, hingamiskott ja mask, trahhea intubatsioon, *combitube*, kõrimask, krikotüreotomia (stoomia), hapnik;
- 5) esimese defibrillatsiooni kellaaeg, voltaaž (J), defibrillatsioonide arv araabia numbritega;
- 6) elektrokardiostimulatsioon: ei toimunud, nahakaudne, söögitorusisene;
- 7) südame massaaži liik: prekardiaalne löök, kaudne, otsene;
- 8) ravimite manustamise viis: intratrahheaalne, perifeerne veen, tsentraalne veen, intrakardiaalne, intraosaalne;
- 9) manustatud lahuste loetelu (ml): kolloid, NaCl 0,9%;
- 10) manustatud ravimite loetelu: adrenaliin (mg), adrenaliini aldoos (mg), atropiin (mg), lidokaiin (mg), NaHCO<sub>3</sub> (mekv), magneesiumsulfaat (g), prokaiinamiid (g), kordaroon (mg), dopamiin (µg/kg/min), diasepaam (mg), relaksant, hormoon;
- 11) südametegevuse käivitunud tegevus: prekardiaalne löök, esmased elustamisvõtted, defibrillatsioon (J), kardiostimulatsioon, adrenaliin (mg);
- 12) elustamise tulemus: taastunud spontaanne vereringe ja teadvus; taastunud spontaanne vereringe – kestus rohkem kui 5 min, kestus vähem kui 5 min; efektita; surm enne haiglasse üleandmist;
- 13) kiirabibrigaadi elustamistegevuse algusest kulunud aeg minutites;
- 14) haiglasse saabumise kellaaeg ja haigla nimetus;
- 15) patsiendi tervise seisund haiglasse saabumisel: teadvus; pupill – kitsas, keskmiselt lai, lai; omahingamine, refleksid / motoorne rahutus; vererõhk;
- 16) elustamise käigus tekkinud tüsistus;
- 17) elustamise käigus tekkinud puudused/probleemid;
- 18) kiirabibrigaadi toimingute loetelu kronoloogilises järjekorras.

(4) Jaluse osa, millele kantakse patsiendi edasise saatuse kohta järgmised andmed:

- 1) patsiendi surma korral patoanatomiline diagnoos;
- 2) patsiendi edasine saatus: suri haiglas, haiglast välja kirjutatud koju, hooldekodusse, mujale;
- 3) patsiendi kesknärvisüsteemi seisund hinnatuna *Glasgow*-*Pittsburgh* hindamisskaala alusel;
- 4) elulemus.

## **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**

Hambaravikaart säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist.

### **§ 83. Hambaravikaardi kanded**

(1) Hambaravikaarti kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus;
- 2) tervishoiuasutuse aadress;
- 3) tervishoiuasutuse telefoninumber;
- 4) tegevusloa number;
- 5) hambaarsti ees- ja perekonnanimi;
- 6) hambaarsti registreerimistõendi number.

(2) Hambaravikaarti kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood või selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) alalise elukoha, vajadusel passijärgse elukoha aadress;
- 4) telefoninumber, võimalusel e-posti aadress;
- 5) lähtuvalt patsiendi vanusest kantakse dokumenti lasteasutuse, kooli või töökoha nimetus;
- 6) töötava patsiendi puhul kantakse dokumenti töö- ja ametikoha nimetus;
- 7) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
- 8) Eesti Haigekassa liikmekaardi number;
- 9) lisateave, mille kandmist dokumenti peab hambaarst oluliseks.

(3) Hambaravikaarti kantakse anamneesi järgmised andmed:

- 1) üldanamnees, patsiendi üldine tervises seisund;
- 2) suu- ja hammaskonna anamnees, suuõõne seisund.

(4) Hambaravikaarti tehakse kanne objektiivse uuringu, vaatluse, palpatsiooni kohta.

(5) Hambaravikaarti tehakse kanne ravi vajaduse kohta: limaskest, hambahaiguste ennetamine, proteesid, hambumuse füsioloogia, kirurgia, ortodontia, röntgenuuringud, mudelid, konsultatsioon.

(6) Hambaravikaarti kantakse tabelina hammaste karioloogiline staatus, milles kajastub iga hamba seisund.

(7) Hambaravikaarti tehakse kanne parodonti ravi vajaduse kohta: CPI – 0, 2, 3, 4, kus 0 – veritsus; 2 – igemetasku kuni 3 mm; 3 – igemetasku kuni 4–5 mm; 4 – igemetasku 6 mm või enam.

(8) 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.

(9) 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.

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

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

(11) Hambaravikaardis kasutatavad proteetika lühendite märgistused on järgmised:

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

(12) Hambaravikaardi päeviku ossa kantakse:

- 1) vastuvõtu kuupäev;
- 2) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 3) raviplaan;
- 4) tehtud ravi;
- 5) lisateave.

## 9. jagu

### Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri ja vastus

#### § 84. Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri

(1) Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekirja (edaspidi *saatekiri*) vormistab arst elupuhuse patomorfoloogilise uuringu (edaspidi *uuring*) tellimiseks raku- ja koematerjali (edaspidi *uuringumaterjal*) juurde.

(2) Saatekiri vormistatakse uuringut telliva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.

(3) Käesoleva määruse tähenduses on uuringud järgmised:

- 1) tsütoloogiline;
- 2) tsütoloogiline günekoloogiline (PAP);
- 3) histoloogiline.

(4) Uuringumaterjalile lisatakse märgis, millele kantakse järgmised andmed:

- 1) patsiendi isikuandmed;
- 2) arsti ees- ja perekonnanimi;
- 3) tervishoiuasutuse nimetus ja aadress.

### **§ 85. Saatekirja kanded**

(1) Saatekirjale kantakse uuringu tegija järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus ja
- 2) aadress.

(2) Saatekirjale kantakse uuringu tellija järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus ja aadress;
- 2) tervishoiuasutuse tegevusloa number;
- 3) arsti ees- ja perekonnanimi,
- 4) arsti registreerimistõendi number,
- 5) arsti telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress.

(3) Saatekirjale kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) sugu;
- 3) vanus;
- 4) isikukood või selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 5) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
- 6) Eesti Haigekassa liikmekaardi number.

(4) Saatekirjale kantakse järgmised andmed:

- 1) uuringu nimetus ja eesmärk ning kiiruuringu vajaduse korral ka opereerinud arsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
- 2) kliiniliselt diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;
- 3) haiguse lühianamnees;
- 4) varasemate uuringute tulemused, nende tegemise koht ja aeg;
- 5) uuringumaterjali võtmise koht, meetod ja aeg, operatsiooni nimetus;
- 6) uuringumaterjali fikseerimise viis: 10%-line formaliin, erifiksaator, fikseerimata;
- 7) vormistamise kuupäev;
- 8) arsti allkiri.

### **§ 86. Uuringu vastus**

(1) Uuringu vastuse vormistab patoloog uuringu tulemuste kohta.

(2) Uuringu vastus vormistatakse uuringut tegeva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.

(3) Uuringu vastus edastatakse uuringu tellinud tervishoiuasutusele või perearstile.

### **§ 87. Uuringu vastuse säilitamine**

Uuringu tellija säilitab uuringu vastuse koos patsiendi haigusloo või tervisekaardiga. Uuringu tegija säilitab uuringu vastuse koopia ja sellekohased koeproovid (parafiinplokid) vähemalt 30 aastat.

### **§ 88. Uuringu vastuse kanded**

(1) Uuringu vastusele kantakse järgmised andmed:

- 1) uuringu tellinud tervishoiuasutuse nimetus, tegevusloa number, aadress, arsti ees- ja perekonnanimi;
- 2) patsiendi ees- ja perekonnanimi ning isikukood;
- 3) uuritava koematerjali või operatsioonipreparaadi makroskoopiline kirjeldus;
- 4) uuritava raku- ja koematerjali mikroskoopiline kirjeldus;

- 5) vajadusel patoloogi soovitusel haiguse kulu prognoosi, diferentsiaaldiagnoosi ja lisauuringute kohta;
- 6) patomorfoloogiline lõppdiagnoos;
- 7) uuringu kuupäev;
- 8) patoloogi ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

## 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) Lahangu saatekiri vormistatakse lahangut telliva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.
- (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 arstliku surmatõendi vormistamise kohta, märkides numbri, väljastamise kuupäeva ja sellele kantud teksti.

#### § 90. Lahangu saatekirja säilitamine

Lahangu saatekiri säilitatakse koos lahangu protokolliga.

#### § 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;
- 5) surma põhjus;
- 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) Lahangu protokollil vormistatakse lahangut tegeva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.

#### § 93. Lahangu protokollil säilitamine

Lahangu tegija säilitab lahangu protokollil ja sellekohased koeproovid (parafiinplokid) vähemalt 30 aastat.

#### § 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) haiguslikult muutunud elundite histoloogilise uuringu kirjeldus;
- 13) lisauuringute andmed;
- 14) patoanatomiline diagnoos ja kood RHK-10 järgi: põhihaigus, põhihaiguse tüsistused, kaasuvad haigused;
- 15) patoanatomiline epikriis: haiguse kulu lühikokkuvõte, otsene surmapõhjus, ravitüsistused, kliinilise ja lahangudiagnoosi võrdlev hinnang;
- 16) lahangu tegija vormistatud arstliku surmatõendi number, väljastamise kuupäev ja sellele kantud tekst;
- 17) protokollil vormistamise kuupäev;
- 18) patoloogi allkiri.

### § 95. Lahangu protokollide väljavõtte

- (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 lahangu saanud tervishoiuteenuse osutajale.

### § 96. Lahangu protokollide väljavõtte säilitamine

Lahangu tellija säilitab lahangu protokollide väljavõtte koos surnu haigusloo või tervisekaardiga.

### § 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) patoanatomiline epikriis: haiguse kulu lühikokkuvõtte, otsene surmapõhjus, ravitüsistused, kliinilise ja lahangudiagnoosi võrdlev hinnang;
- 3) arstiliku surmatõendi number ja vormistamise kuupäev;
- 4) lahangu tegemise kuupäev;
- 5) lahangu teinud patoloogi ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

## 11. jagu Koduõenduskaart

### § 98. Koduõenduskaart

Koduõenduskaart on patsiendile koduõendus-hooldusteenuse (edaspidi *koduõendusteenuse*) osutamist tõendav dokument, mille vormistab õde sellekohase teenuse osutamisel. Koduõenduskaart vormistatakse koduõendusteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

### § 99. Koduõenduskaardi säilitamine

Koduõenduskaarti säilitatakse vähemalt 5 aastat pärast viimase kande tegemist.

### § 100. Koduõenduskaardi kanded

- (1) Koduõenduskaarti kantakse koduõendusteenuse osutaja kohta järgmised andmed:
  - 1) tervishoiuasutuse nimetus ja aadress;
  - 2) tervishoiuasutuse tegevusloa number;
  - 3) tervishoiuasutuse telefoninumber ja võimalusel faksi number ning e-posti aadress.
- (2) Koduõenduskaarti kantakse patsiendi kohta järgmised andmed:
  - 1) ees- ja perekonnanimi;
  - 2) sünnipäev, -kuu ja -aasta;
  - 3) isikukood;
  - 4) alalise elukoha aadress;
  - 5) telefoninumber;
  - 6) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
  - 7) kontaktisiku elukoha aadress;
  - 8) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
  - 9) Eesti Haigekassa liikmekaardi number; riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number ja selle väljastaja nimetus;
  - 10) patsiendi perearsti ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja võimalusel faksi number ning e-posti aadress;
  - 11) patsiendile eriarstiabi osutanud tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja võimalusel faksi number ning e-posti aadress;
  - 12) sotsiaalhoolekande teenust osutava asutuse nimetus ja aadress;
  - 13) sotsiaalhoolekande teenust osutava asutuse telefoninumber ja võimalusel faksi number ning e-posti aadress;
  - 14) sotsiaaltöötaja ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
  - 15) sotsiaalhooldaja ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
  - 16) lisateave patsiendist, mille kandmist koduõenduskaarti õde peab oluliseks.
- (3) Koduõenduskaarti kantakse koduõendusteenuse käigus sooritatavad tegevused, raviprotseduurid ja laboriuuringud (edaspidi *õde poolt sooritatud tegevused*) vastavalt sotsiaalministri 10. jaanuari 2002. a määruse nr 11 «Seseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu» paragrahvi 5 lõigetes 2–7 olevale loetelule.
- (4) Koduõenduskaarti kantakse õde poolt sooritatud tegevuste kohta järgmised andmed:

- 1) kande tegemise kuupäev ja asjakohastel juhtudel kellaaeg;
- 2) tegevuse nimetus;
- 3) õe ees- ja perekonnanimi ning allkiri;
- 4) õe registreerimistõendi number.

(5) Koduõenduskaarti kantav õendusnamnees peab sisaldama vähemalt järgmiseid andmeid:

- 1) koduõendusteenuse osutamise alus: saatekiri või patsiendipoolne pöördumine;
- 2) arsti visiidi vajadus.

(6) Õendusnamneesi võib teha kandeid patsiendi terviseseisundi ja elamistoimingute kohta, mille kajastamist õde peab oluliseks.

## **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**

Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte säilitatakse elektroonselt geriaatriameeskonna andmebaasis vähemalt 30 aastat. Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte koopia paber kandjal säilitatakse koos haigusloo või tervisekaardiga.

#### **§ 103. Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte kanded**

Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõttele kantakse järgmised andmed:

- 1) tervishoiuteenuse osutaja nimi ning Tervishoiuameti poolt väljastatud tervishoiuasutuse kood;
- 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**

Ehhokardiograafilise uuringu protokoll koos pildilise materjali salvestusega säilitatakse vähemalt viisteist aastat. Ehhokardiograafilise uuringu protokollide koopia säilitatakse haigusloo või tervisekaardi vahel.

#### **§ 106. Ehhokardiograafilise uuringu protokollide kanded**

(1) Ehhokardiograafilise uuringu protokollidele kantakse tervishoiuasutuse järgmised andmed:

- 1) tervishoiuteenuse osutaja nimi ning Tervishoiuameti poolt väljastatud tervishoiuasutuse kood;
- 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 protokoll 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 – fokusseeritud 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, transsofageaalne 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 protokoll 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 protokoll 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 protokoll 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, astsendeerva aordi algusosa, aordikaar, destsendeerva aordi algusosa, pulmonaalarteri tüvi ja proksimaalsed harud, alumine õnesveen, maksaveen, perikard;
- 2) standardised 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 (segmentaarne 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 protokollis 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) klapiproteeside 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 protokollis 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, bulbos, 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 läbimõõd (võimalusel kopsuarterisse suubumisel); šundivoolu suund, gradient; arvutuslik rõhk pulmonaalringes;  
 8) parem vatsake: eesseina paksus; hinnang suurusele 4-kambri projektsioonis võrreldes vasaku vatsakesega; läbimõõd 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 läbimõõd, suund, Qp:Qs suhe;  
 11) parem koda: suurus 4-kambri projektsioonis (2 mõõdet); õõnesveenide suubumine;  
 12) perikard;  
 13) maksaveenide täitumus.
- (10) Ehhokardiograafilise uuringu protokollis kantakse uuringu kokkuvõte:  
 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.

#### 4. peatükk RAKENDUSSÄTE

### § 107. Määruse jõustumine

Määrus jõustub üldises korras.

**Minister Maret MARIPUU**

**Kantsler Riho TAPFER**

Määruse lisad on avaldatud elektroonilises Riigi Teatajas. Alus: «Riigi Teataja seaduse» § 4 lõige 2 ja riigisekretäri 20.09.2008. a resolutsioon nr 17-1/08-05831.



Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13030279

## Lisa 1

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 1

LOGO

Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_

Tegevusluba nr  E-post \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

**Arsti**

Eesnimi \_\_\_\_\_

Perekonnanimi \_\_\_\_\_

Eriala \_\_\_\_\_

Kood  Telefoni nr \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

**TERVISEKAART**

**Patsiendi**

Eesnimi \_\_\_\_\_

Perekonnanimi \_\_\_\_\_

Sünniaeg \_\_\_\_\_ Isikukood

Elukoht \_\_\_\_\_

Telefoni nr \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

Lasteasutus \_\_\_\_\_

Kool \_\_\_\_\_

Töökoht \_\_\_\_\_

Ametikoht \_\_\_\_\_

Kontaktisik \_\_\_\_\_

Telefoni nr \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

Kontaktisiku aadress \_\_\_\_\_

Eesti Haigekassa \_\_\_\_\_ osakond Kood

Haigekassa kaardi nr

Töövõime kaotuse % \_\_\_\_\_

Puude raskusaste \_\_\_\_\_

Pensionitunnistus \_\_\_\_\_

Patsient nimistus alates \_\_\_\_\_

Perearsti nimi \_\_\_\_\_

**Lisateave**

## Lisa 2

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 2

Allergia	Veregrupp
	Rh-kuuluvus

**ESMAKORDSELT DIAGNOOSITUD HAIGUSED REGISTREERIMISE AJALISES JÄRJEKORRAS**

kuupäev	diagnoos, haiguse kood	arsti nimi, eriala

**Pidevalt kasutatavad ravimid** (nimetus, toimeaine, ravimi ühekordne annus, päevadoos)

IMMUNISEERIMISED	
kuupäev	nimetus

**Vaegurluse ekspertiis** (kuupäev, diagnoos)

Kuupäev \_\_\_\_\_ Arsti allkiri ja kood \_\_\_\_\_  
 Patsiendi allkiri \_\_\_\_\_

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13030289

## Lisa 3

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 3



## Lisa 4

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 4

**IMMUNISEERIMISED**

ajakava		kuupäev	seeria, doos	allkiri, kood
vanus	vaktsiin			
3-5 päeva	BCG 1			
3 kuud	PDT 1+OPV 1			
4,5 kuud	PDT 2+OPV 2			
6 kuud	PDT 3+OPV 3			
1 aasta	MMR 1			
2 aastat	PDT 4+OPV 4			
7 aastat	dT 5+OPV 5			
8 aastat	BCG 2			
12 aastat	dT 6			
13 aastat	MMR 2			
17 aastat	dT 7			

**Plaanivälised immuniseerimised**

vaktsiin	kuupäev	seeria, doos	allkiri, kood

**Kõrvaltoimed****Mantoux rk**

kuupäev	seeria	tulem	kuupäev	seeria	tulem

**Lisateave**



## Lisa 5

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 5

**ENNETAV TERVISEKONTROLL**

kuupäev	vanus kuudes	kehamass	kehapikkus	pea ümbermõõt
	sünnil			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
	11			
	12			
	15			
	18			
	21			

kuupäev	vanus aastates	keha- mass	keha- pikkus	nägemine		kuulmine	
				v	p	v	p

**Rahhiidi profülaktika (3 nädal)**

**Ortopeediline staatus (6-8 näd)**

## Lisa 6

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 6

## ENNETAV TERVISEKONTROLL

Reiearteri pulss

---

Testiste laskumine (1. eluaastal)

---

Fimoos (3. eluaasta)

## ANALÜÜSID JA UURINGUD

Hemoglobiin (9-12 kuu vanuselt)

---

Vererõhk (alates 3. eluaastast)

---

Psühhomotoorse arengu jälgimine

---

Lisateave

---

## Lisa 7

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

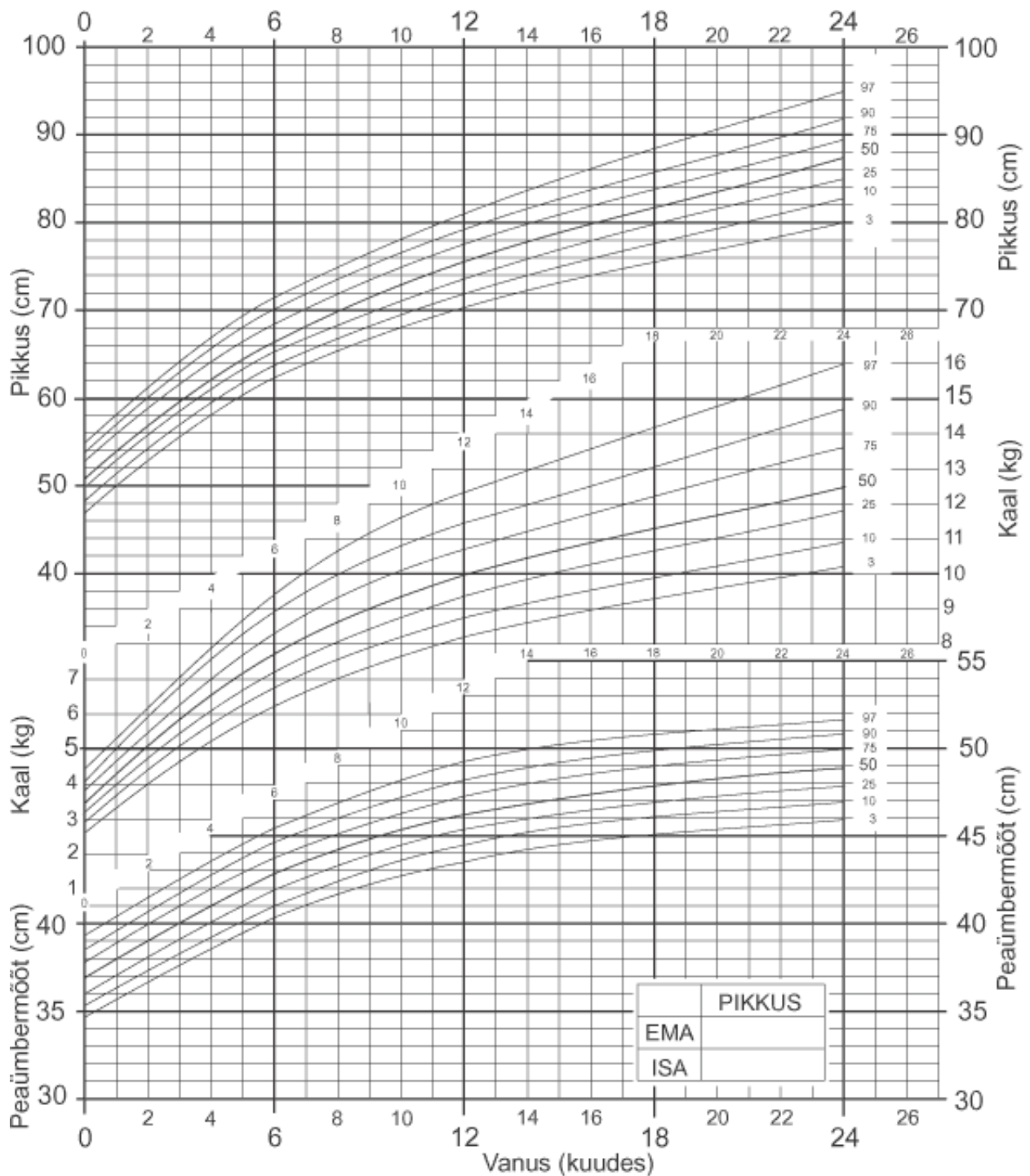
Lisa 7

Nimi: \_\_\_\_\_

Sünniaeg: | | | | | | | |

## Tütarlaps

Kuupäev																				
Kaal (kg)																				
Pikkus (cm)																				
Peaübmõõt (cm)																				



## Lisa 8

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

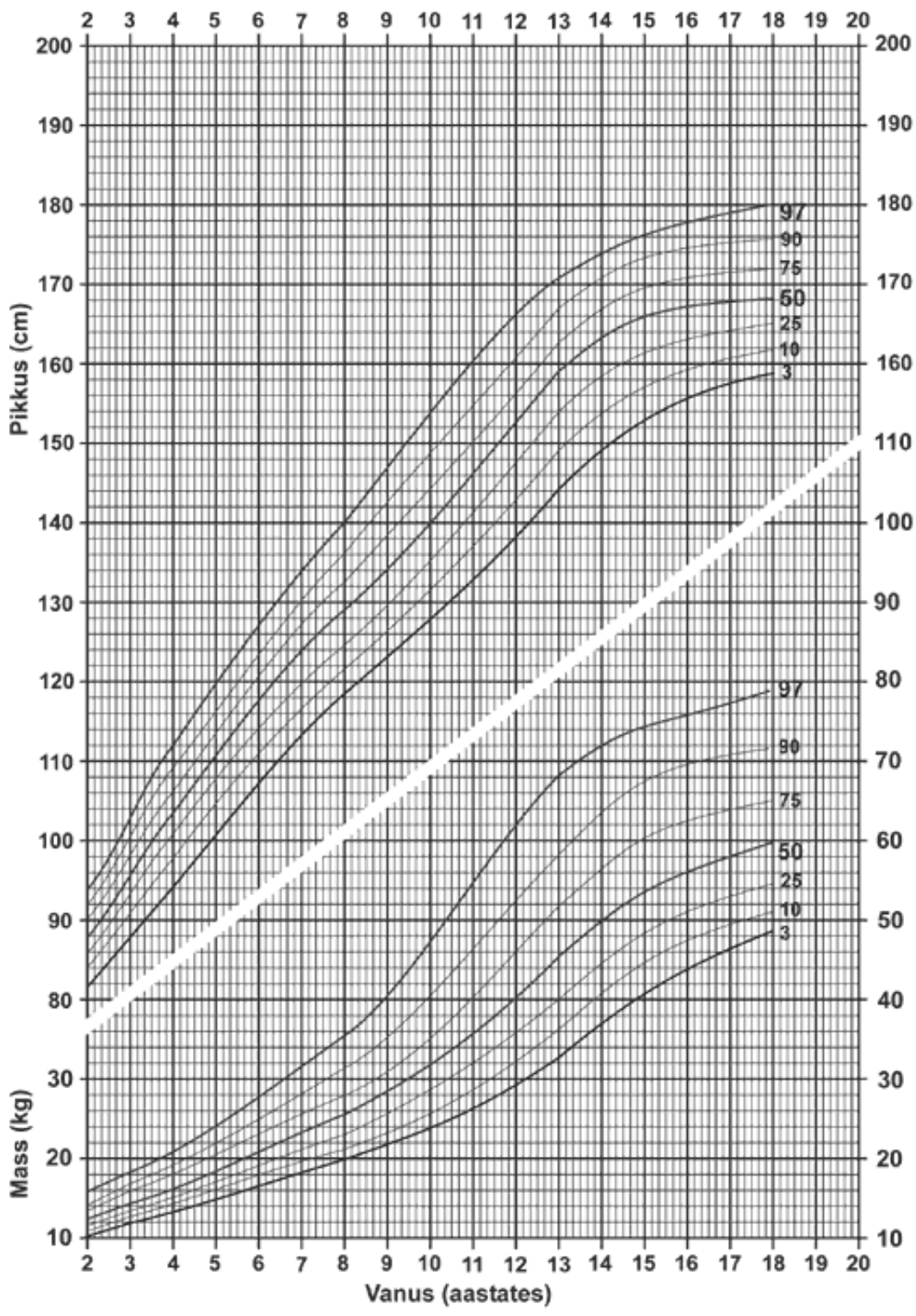
„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 8

Nimi: \_\_\_\_\_

Sünniaeg:

# Tütarlaps



Kuupäev	Pikkus

Isa pikkus cm
Ema pikkus cm

Kuupäev	Mass



## Lisa 9

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

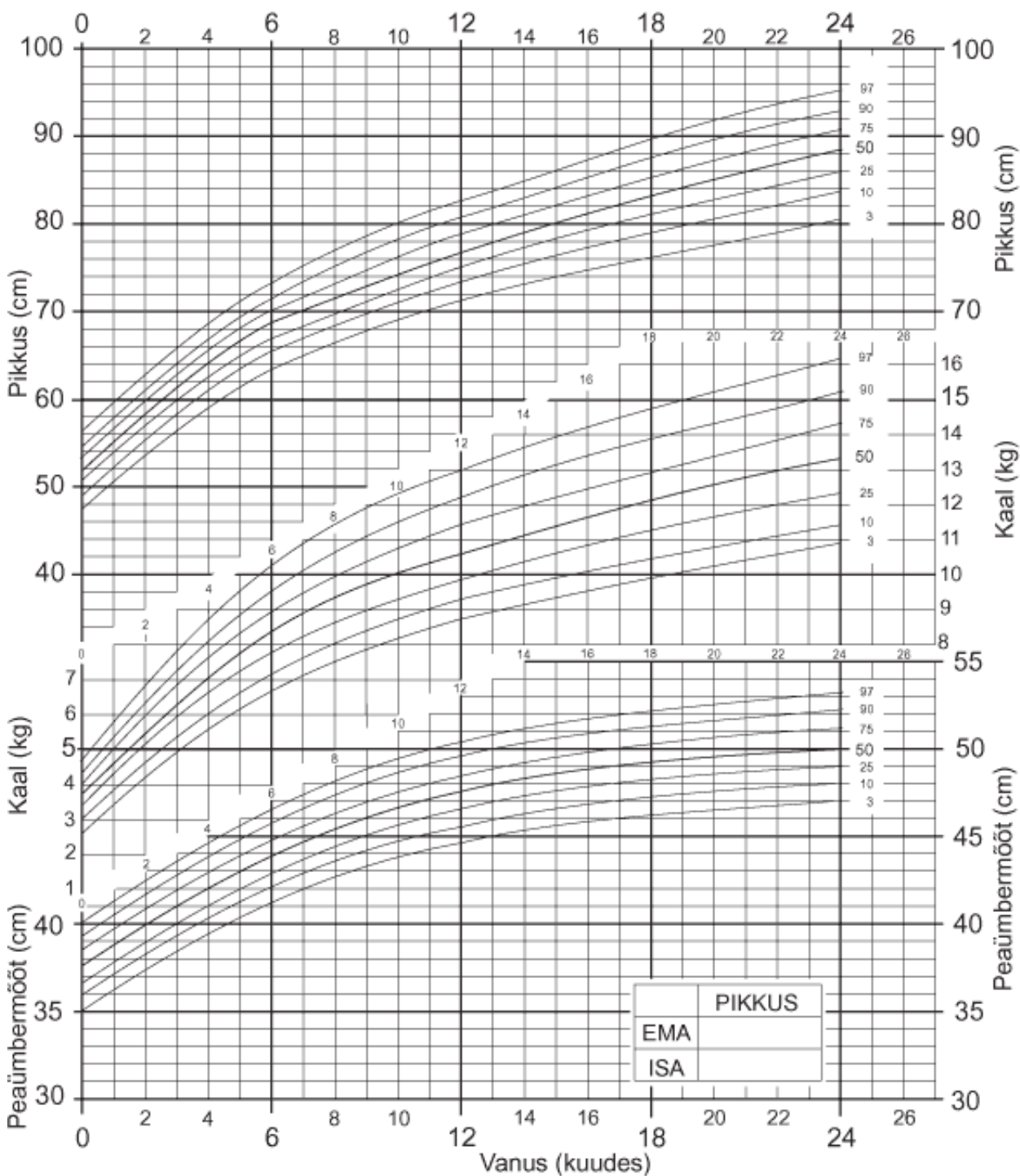
Lisa 9

Nimi: \_\_\_\_\_

Sünniaeg: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

# Poeglaps

Kuupäev															
Kaal (kg)															
Pikkus (cm)															
Peaübmõõt (cm)															



## **Lisa 10**

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

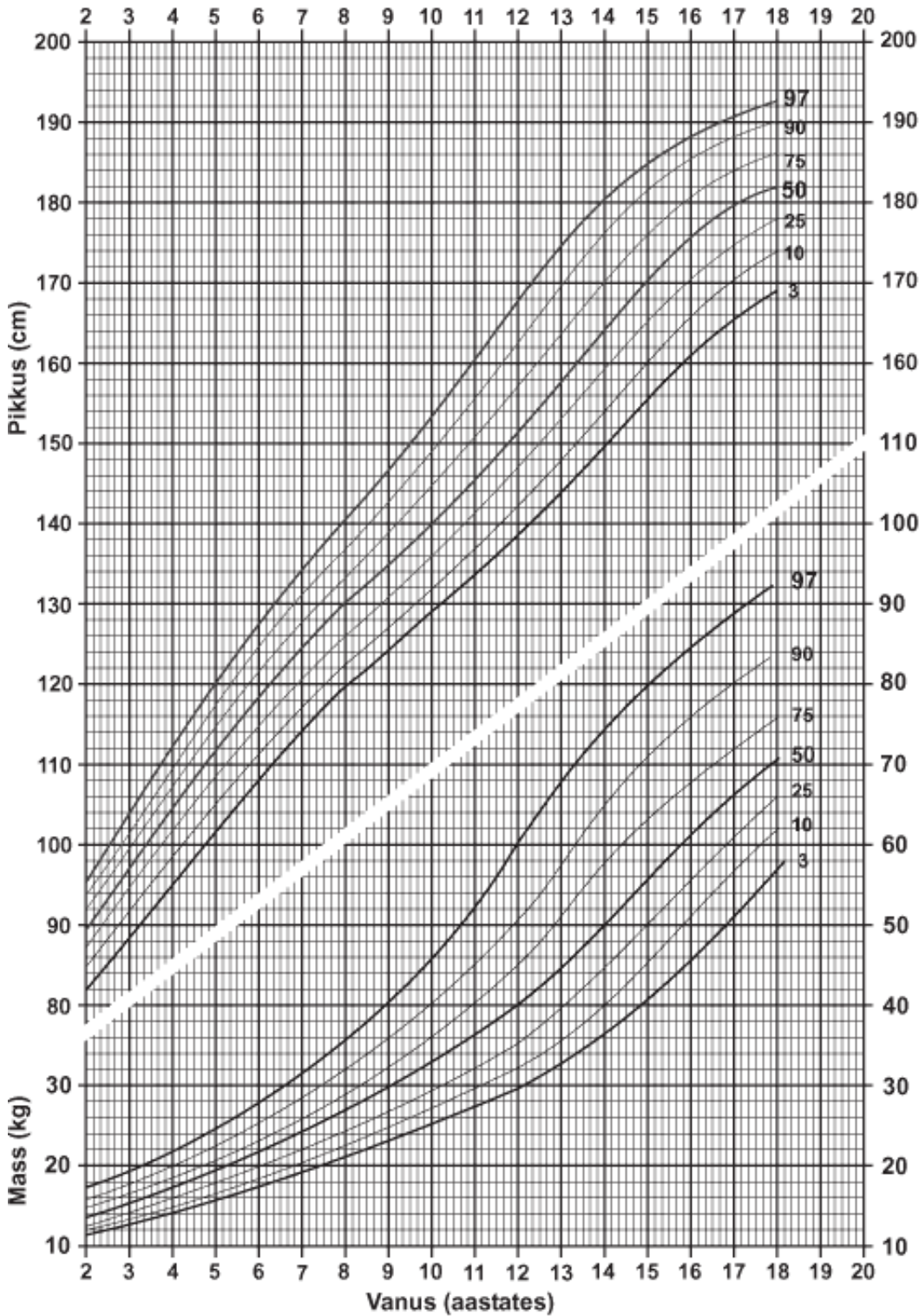
„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 10

Nimi: \_\_\_\_\_

Sünniaeg:

# Poeglaps



Kuupäev	Pikkus

Isa pikkus cm
Ema pikkus cm

Kuupäev	Mass

Sotsiaalminister  
määrus

## Lisa 11

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 11

**LOGO**

Kool \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Tervishoiutöötaja \_\_\_\_\_

Tegevusluba nr  E-post \_\_\_\_\_**ÕPILASE TERVISEKAART**

Õpilase ees- ja perekonnanimi \_\_\_\_\_

Vanus \_\_\_\_\_ Isikukood 

Elukoht \_\_\_\_\_

Õpilase perearsti nimi \_\_\_\_\_

Telefoni nr \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

Kontaktisik \_\_\_\_\_ Telefoni nr \_\_\_\_\_

Kontaktisiku aadress \_\_\_\_\_

**Kroonilised haigused****Pidevalt kasutatavad ravimid****Allergia ravimitele, toidule jne****IMMUNISEERIMISED**

kuupäev	nimetus, seeria, doos	alkiri, kood	kuupäev	nimetus, seeria, doos	alkiri, kood

<b>Mantoux rk</b>			<b>Mitteplaanilised immuniseerimised</b>		
kuupäev	seeria	tulem	kuupäev	nimetus, seeria, doos	alkiri, kood

**Lisateave**

## Lisa 12

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 12





## Lisa 13

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 13

**LOGO**

Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_

Tegevusluba nr

E-post \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Suunava arsti nimi \_\_\_\_\_

Kood

Telefoni nr \_\_\_\_\_

**SAATEKIRI (uuringule, konsultatsioonile, statsionaarsele ravile)**

**Suunatud** (asutuse nimetus, aadress, kabineti nr) \_\_\_\_\_

Uuring (kiiruring / kiirvastuse vajadus) \_\_\_\_\_

Konsultatsioon (arsti eriala, nimi) \_\_\_\_\_

Statsionaarne ravi (kuupäev, osakond) \_\_\_\_\_

**Patsiendi ees- ja perekonnanimi** \_\_\_\_\_

Vanus \_\_\_\_\_

Isikukood

Elukoht \_\_\_\_\_

Eesti Haigekassa \_\_\_\_\_

osakond

Kood

Haigekassa kaardi nr

**Diagnoos**

**Anamnees, staatus**

**Analüüsid, uuringud**

Kuupäev \_\_\_\_\_

Allkiri \_\_\_\_\_

## Lisa 14

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 14

VASTUS UURINGULE, KONSULTATSIOONILE

Kuupäev: \_\_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_

Allkiri: \_\_\_\_\_

## Lisa 15

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 15

LOGO

Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_

Tegevusluba nr

E-post \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

## HAIGUSLUGU nr

### Patsiendi

Eesnimi \_\_\_\_\_

Perekonnanimi \_\_\_\_\_

Sünniaeg \_\_\_\_\_

Isikukood

Elukoht \_\_\_\_\_

Telefoni nr \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Töökoht \_\_\_\_\_

Telefoni nr \_\_\_\_\_

Kontaktisik \_\_\_\_\_

Telefoni nr \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Kontaktisiku address \_\_\_\_\_

Pensionitunnistus \_\_\_\_\_

Eesti Haigekassa \_\_\_\_\_

osakond

Kood

Haigekassa kaardi nr

Suunav arst \_\_\_\_\_

Aeg haigestumise algusest \_\_\_\_\_

### HAIGLASSE VÕETUD

Haiglasse võetud

plaanilisena

erakorralisena

Viibib haiglas antud haigusega

esmakordselt

korduvalt

kuupäev	kellaaeg	osakond	palat

Allergia

Haiguse lõpe

Töövõimetusleht

## Lisa 16

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 16

**Saatediagnoos****Diagnoos vastuvõtmisel****KLIINILINE DIAGNOOS**

Dgn	kood						
	arst						
Dgn	kood						
	arst						
Dgn	kood						
	arst						

**LÕPLIK KLIINILINE DIAGNOOS**

Põhihaigus

kood 

Põhihaiguse tüsistus

kood kood 

Kaasuvad haigused

kood kood **OPERATSIOONID****1. Operatsioon** PL E

	op-i kood						
	op-i HK kood						
kuupäev	algus			lõpp	kirurg		
					assistent		
anesteesia					arst		
anest kood							

**2. Operatsioon** PL E

	op-i kood						
	op-i HK kood						
kuupäev	algus			lõpp	kirurg		
					assistent		
anesteesia					arst		
anest kood							

**3. Operatsioon** PL E

	op-i kood						
	op-i HK kood						
kuupäev	algus			lõpp	kirurg		
					assistent		
anesteesia					arst		
anest kood							

**Postop tüsistus****Kinnitanud**

Raviarst \_\_\_\_\_ Osakonnajuhataja \_\_\_\_\_



## Lisa 17

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 17

VÄLJAVÕTE HAIGUSLOOST nr

Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_

Tegevusluba nr

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

Osakonna nimetus \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

**Patsiendi**

Eesnimi \_\_\_\_\_

Perekonnanimi \_\_\_\_\_

Sünniaeg \_\_\_\_\_

Isikukood

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

Elukoht \_\_\_\_\_

Viibis ravil (alates, kuni) \_\_\_\_\_

Voodipäevi \_\_\_\_\_

**Kliiniline diagnoos**

**Põhidiagnoos**

**Kaasuvad haigused**

**Tüsistused**

**Diagnoosi põhjendus, haiguse kulg**

**Teostatud uuringud/analüüsid**

**Teostatud medikamentoosne ravi**

## Lisa 18

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 18

Operatsioonid		
kuupäev	nimetus	anesteesia

Seisund väljakirjutamisel

Režiim- ja ravialased soovitused

Soovitused taastusraviks

Töövõimetusleht

Konsultatsioonile ilmumise aeg

Väljavõte antud/saadetud

Kuupäev \_\_\_\_\_ Raviarst \_\_\_\_\_ kood

Patsiendi allkiri \_\_\_\_\_

## Lisa 19

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 19

TISS-LEHT

TISS (Therapeutic Intervention Scoring System)  
 Vali viimase 24 tunni jooksul tehtud protseduurid  
 Välistatavatest valitakse rohkem punkte teeninud

Nimi:		Vanus:	
Diagnoos:			
Raviasutus:	Osakond:		
Kuupäev:			
Kellaeg:			
<b>A. Hingamine</b>			
1. CMV, SIMV, pressure support üle 6 tunni	4		
2. CMV, SIMV, pressure support alla 6 tunni	2		
3. Lihasrelaksantide kasutamine	4		
4. CPAP	3		
5. Naso- või orotraheaalne intubatsioon, trahheostoomia kanüüli vahetus	3		
6. Trahheostoomia vähem kui 48 tundi tagasi	2		
7. Regulaarne trahhea aspiratsioon (2 tj.)	3		
8. Intubeeritud või trahheostomeeritud patsient spont. hingamisel	2		
9. Trahheostoomia ja intubatsioonitoru hooldus, manseti rõhu mõõtm.	1		
10. O <sub>2</sub> lisa sissehingatavas õhus	1		
11. Hingamise füsioteraapia, raviminhalatsioon	1		
12. Ventilatsioon kõhuli asendis	4		
13. Surfaktantravi vastundinul	4		
<b>B. Hemodünaamika ja intravenoossed ravimid</b>			
14. IABP	4		
15. Kardiostimulaator (töötav)	4		
16. Kardiostimulaator (välja lülitatud)	2		
17. Rohkem kui 1 vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon	4		
18. 1 vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon	3		
19. Kardioversioon	3		
20. Antiarütmikumide püsiinfusioon	3		
21. Kiirkõllastus digitaalsete preparaatidega	3		
22. Forsseeritud diurees	3		
23. Intravenoosne ravim väljaspool regulaarseid korraldusi	3		
24. 3 ja enam antibiootikumi	3		
25. 1-2 antibiootikumi	1		
26. Parenteraalne tsütostaatikum	2		
27. Regulaarsed intravenoossed ravimid (raviskeem)	1		
<b>C. Monitooring, kanüülid ja kateetrid</b>			
28. Kopsuarteri või südame vasaku koja kateeter	4		
29. SMM korduv mõõtmine	3		
30. Arteri kanüül või otsese arteriaalse rõhu monitooring	3		
31. Veregaasid, el. lüüdid jm biokeem. anal. 4 ja enam korda 24 h jooksul	3		
32. Veregaasid, el. lüüdid jm biokeem. anal. 3 ja vähem korda 24 h jooksul.	1		
33. CVP, tsentraalse veeni kateeter	2		
34. 2 või enam perifeerset veenikanüüli	2		
35. 1 perifeerne veenikanüül	1		
36. RR, frekvents, hingamissagedus 2 h järgi	1		
37. EKG või SpO <sub>2</sub> monitooring	1		
38. Epiduraalkateetrisse ravimi manustamine	2		
39. Prekordiaalne ehokardiograafia, sonograafia, röntgenuurid	1		
40. Mao limaskestast pCO <sub>2</sub> määramine	3		
41. S <sub>j</sub> O <sub>2</sub> monitooring	3		

Sotsiaalminister  
 määrus  
 lisa 13030451

## Lisa 20

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuseosutamise dokumenteerimise ning  
nendedokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 20

<b>D. Parenteraalne toitmine, infusioonravi, elektrolyütide häired</b>						
42. PT tsentraalsesse veeni	3					
43. PT perifeersesse veeni	1					
44. Metaboolse alkaloosi ravi	2					
45. Metaboolse atsidoosi ravi	2					
46. Kaaliumi infusioon üle 1 mmol/kg ööpäevas	3					
47. Vedeliku bilanss üle 1 korra ööpäevas	3					
48. Vedeliku bilanss 1 kord ööpäevas	1					
49. Enteraalne sondiga toitmine	2					
50. Infusioon üle põhivajaduse	2					
<b>E. Kirurgilised protseduurid</b>						
51. Erakorraline operatsioon või protseduur 24 h jooksul	4					
52. Bronhoskoopia või muud endoskoopiad	4					
53. Perikardi- või pleuraõõne punktsioon, dreeni asetamine	3					
54. Pleura või mediastiinumi dreenid, aktiivse aspiratsiooni dreenid	2					
55. Keerulised ortopeedilised venitused ( kael)	3					
56. Ortopeedilised venitused	1					
57. Korduvad sidumised	2					
58. Plaanipärased sidumised	1					
59. Lamatiste profülaktika	2					
60. Fistlite, stoomide, passiivsete haavadreenide loputus ja hooldus	1					
61. Nasogastraalsond	1					
62. Intensiivravi haige dušš	3					
63. Kehaõõne või suure haavapinna lavaaz	2					
<b>F. Verejooksu ja hüpovoleemia ravi</b>						
64. Rõhuga transfusioon	4					
65. Trombotsüütide ülekanne	4					
66. Maoloputus jääkülma veega	4					
67. Söögitoru tamponaad	4					
68. Intraarteriaalne ravimi püsiinfusioon	4					
69. EMS, värskeilt külmutatud plasma või plasma derivaatide ülekanne	2					
<b>G. Neuroloogia, neurokirurgia , elustamine</b>						
70. ICP monitooring ja dreenaaziga	4					
71. Kontrollitud hüpotermia	4					
72. Elustamine (48 tunni jooksul)	4					
73. Analgesedatsioon, krambivastane ravim, barbituraatnarkoos	3					
74. Glasgow Coma skaala 3 h jooksul	2					
<b>E. Muud</b>						
75. Erak.hemodial.,hemofiltr.,plasmafer.,CAVHD,CVVHD, terap.verevah.	4					
76. Krooniline dialüüs	2					
77. Peritoneaaldialüüs	4					
78. Trombolüüs	4					
79. Heparini püsiinfusioon	2					
80. Krooniline antikoagulantravi	1					
81. Aktiivne haige soojendamine või jahutamine, vastsündinu kuvõõs	3					
82. Põie püsikateeter	1					
83. Fototeraapia	1					
84. Korduvad maoloputused mürgistuste ravis	2					
85. Enneaegne vastsündinu 0-3 kuud	2					
86. Sünnikaal alla 1500 g	4					
87.Hüpo- ja hüpermatreemia ravi	2					
88. Väljaspool intensiivravi osakonda teostatud uuringud	3					
<b>KOKKU</b>						

Sotsiaalminister  
määrus



## Lisa 21

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 21

# PATSIENDI VEREKAART

T  
Ä  
I  
D  
E  
T  
A  
K  
S  
E  
  
O  
S  
A  
K  
O  
N  
N  
A  
S

Haigla .....

Patsient:

Perekonnanimi .....

Eesnimi .....

M  N

Osakonnas määratud  
esmane veregrupp:

**A   B   AB   O**

Isikukood või sünniaeg

.....

Haigusloo nr ..... Osakond .....

Diagnoos .....

.....

.....

.....

.....

.....

Anamnees:

Varasemaid veretoodete transfusioone	Ei	Jah
Transfusioonireaktsioone	Ei	Jah
.....		
Immuunantikehi	Ei	Jah
Rasedusi (aborte)	Ei	Jah
Muud .....		

**Vere võttis õde (laborant):**

.....  
Nimi, allkiri

Kuupäev ...../...../.....

**Raviarst:**

.....  
.....  
.....  
Nimi, allkiri, kood

T  
Ä  
I  
D  
E  
T  
A  
K  
S  
E  
  
L  
A  
B  
O  
R  
I  
S

Patsiendi veregrupp   A   B   AB   O

Reesus (RhD) .....

Antikehad .....

Kuupäev ...../...../.....   kl .....   Teostaja .....

Nimi, allkiri, kood

**Täiendavad analüüsid**  
(antikehad, fenotüüp, direktne antiglobuliintest jm)

Vere number	Testi nimetus	Tulemus	Teostaja	Kuupäev
-------------	---------------	---------	----------	---------

--	--	--	--	--

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13030469

## Lisa 22

„Tervishoiuteenuseosutamise dokumenteerimise ning  
nendedokumentide säilitamise tingimused ja kord”  
Lisa 22

### SOBIVUSPROOVID

DOOSI NR	TULEMUS	KPV	DOOSI NR	TULEMUS	KPV

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13030470

### Lisa 23

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56  
„Tervishoiuteenuseosutamise dokumenteerimise ning  
nendedokumentide säilitamise tingimused ja kord”  
Lisa 23

**VERETOOTE TELLIMINE**  
Kehtib ainult koos patsiendi verekaardiga

Haigla.....  Patsient: Perekonnanimi..... M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Eesnimi..... Isikukood või sünniaeg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../..... Haigusloo nr..... Osakond.....	Kliiniline diagnoos/ transfusiooni põhjus ..... ..... ..... .....
---	--

**TELLITAV VERETOODE**

Erütrotsüütide suspensioon (doosides või kogus ml).....

0 Rh neg.  Sobitamata  Ülekande aeg..... Op. aeg.....

Värskelt külmutatud plasma (doosides või ml)..... Sulatamise aeg.....

Krüopretsipitaat (doosides).....

Trombotsüütide kontsentraat (doosides):  
 1 doonori tr ..... Afereestr ..... 1 BC ..... 3 BC ..... 4 BC ..... 5 BC ..... 6 BC .....

Muu toode või märkused.....

**Vere erütropreparaatide sobitamiseks võttis:**  
 .....  
 Õe (laborandi) nimi, allkiri Kpv...../...../.....

**Veretoote tellis:**  
 .....  
 Arsti nimi, allkiri, kood

**SOBIVUSPROOVID**

Erütrotsüütide-,  
plasma-,  
trombopreparaatidele.

**LABORIS:**  
Pt. veregrupp  
toodud katsutis

A B AB O

Rh pos neg

AK pos neg

Sobitamine

Erütroprep.

**OSAKONNAS:**  
Vahetult enne ülekannet

Pt. veregrupp

A B AB O

Doonori  
vere-gr.  
kontroll

Bioloogiline  
proov

Transfu-  
siooni-  
reaktsioon

Erütroprep.

Erütroprep.  
Plasma  
Tromboprep.

Nr.	Veretoode	Doosi nr	Erütroprep.	Erütroprep.	Erütroprep. Plasma Tromboprep.	

Laboratoorsed testid tegi (hindas):

Kpv...../...../.....kl.....

Arsti nimi, allkiri, kood

Kpv...../...../.....kl.....

Sotsiaalminister  
määrus

## Lisa 24

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56  
 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
 nendokumentide säilitamise tingimused ja kord”  
 Lisa 24

### TRANSFUSIOONIPROTOKOLL

Transfusiooni kuupäev...../...../..... Teostavosakond .....

Dooside etiketidele märkida **transfusiooni eest vastutava arsti nimi ja allkiri**

	Trans- fusiooni algus	Jälgimine transfusiooni ajal Iga poole tunni järel								Trans- fusiooni lõpp	Transfusiooni- järgne jälgimis- periood Iga tunni aja järel		
Kella-aeg													
Keha- temperatuur °													
Vererõhk													
Uriini kontroll											Kogus.....		
Vastutavad õde/ õed.....											Värvus .....		
Nimed, allkirjad													

Sotsiaalminister  
 määrus  
 lisa 13030473

## Lisa 25

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56  
 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
 nendokumentide säilitamise tingimused ja kord”  
 Lisa 25

# TRANSFUSIOONIJÄRGSE REAKTSIOONI PROTOKOLL

Haigla..... Osakond.....

Kuupäev ...../...../.....

Patsiendi perekonnanimi.....

Transfusiooni algus kl. ....

Eesnimi.....

Isikukood või sünniaeg

Transfusiooni lõpp kl. ....

...../...../.....

Reaktsiooni algus kl. ....

## Sümptomid

Õhupuudus

Hingeldamine

Muud sümptomid

Seerum visuaalselt:

Rinnavalu

Hüpotensioon

.....

.....

Seljavalu

Kehatemperatuuri tõus

.....

/peale reaktsiooni/

Nimmevalu

Kalduvus veritsusele

.....

.....

Peavalu

Oligo(an)uuria

.....

/enne reaktsiooni/

Iiveldus

Urtikaaria

.....

Uriin visuaalselt:

Külmavärinad

Kudede turse

.....

.....

Higistamine

Naha punetamine

.....

.....

Sümptomid fikseerinud isik ( arst/ õde ).....

Nimi, allkiri

Täiendavad laboratoorsed analüüsid

Määrab transfusiooni eest vastutav arst, raviarst või verekabineti arst, kui on vaja selgitada reaktsiooni põhjust või tekkemehhanismi.

Vere Hgb...../ peale ülekannet/ ..... /enne ülekannet/

Seerumis:

Uriinis:

Seroloogilised analüüsid:

Vaba Hgb.....

Hemoglobiinuuria.....

Pt. ülekande eelsest vereproovist

Bilirubiin.....

Hematuuria.....

Veregrupp..... Rh..... IAT.....

Haptoglobiin.....

Müoglobiinuuria.....

Pt. ülekande järgsest vereproovist

Methemalbumiin.....

Veregr. .... Rh..... IAT..... DAT.....

Immuuglob. A.....

Doonori veregr. .... Rh.....

Sobivusproov .....

Muud analüüsid .....

.....

**Otsus:** Tegemist.....transfusioonireaktsiooniga, kood.....

(oli/ei olnud)

Kpv...../...../.....

Arsti nimi, allkiri, kood

Transfusioonireaktsioonide kirjeldused ja koodid pöördel

Nõustavale Verekeskusele tuleb saata teatis transfusioonireaktsioonist. Vahetu hemolüütilise reaktsiooni korral (kood 401) lisada patsiendi transfusiooni eelne ja järgne vereproov, ülekantud komponentide jäägid ja koopiad verekaardist, komponendi tellimislehest, transfusiooniprotokollist ning reaktsiooniprotokollist

**Teatis transfusioonijärgsest reaktsioonist**

Haigla: .....

Reaktsiooni kood

Osakond: ..... Haigusloo nr.....

Toode..... Doosi number .....

Transfusiooni kuupäev: ...../...../.....

Patsiendi isikukood.....

Sotsiaalminister  
määrus

## Lisa 26

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 26

## TRANSFUSIOONIREAKTSIOONID KOOS KOODIDEGA

<b>Anafülaktiline reaktsioon</b> <i>Esineb IgA puudulikkusega patsientidel, kes on varasemate transfusioonide järgselt sensibiliseerunud IgA suhtes. Uuel kokkupuutel IgA-ga tekib anafülaktsia. Reaktsioon tekib kohe ülekande alguses.</i>	<b>Kood 400</b>
<b>Vahetu hemolüütiline reaktsioon</b> <i>Tekib sellise doonorivere transfusioonil, milles sisalduva antigeeni suhtes on patsiendi seerumis antikehad juba olemas ning AK+AG vallandab hemolüüsi. Hemolüüs võib olla intravasaalne (näit. vale grupi veretoote transfusioon ABO süsteemis ja Kidd-süsteemi antikehade korral) või ekstravasaalne (näit. Rh-, Duffy- ja Kell-süsteemi antikehade korral). Reaktsioon tekib kohe transfusiooni alguses või selle ajal.</i>	<b>Kood 401</b>
<b>Septiline reaktsioon</b> <i>Veretoode on bakteriaalselt saastunud. Transfusiooni tulemusena tekib septitseemia. Reaktsioon tekib kohe transfusiooni alguses või selle ajal.</i>	<b>Kood 402</b>
<b>Temperatuurireaktsioon</b> <i>Patsient on varasemate ülekannete või raseduste käigus sensibiliseerunud võõraste leukotsüütide suhtes. Uus kokkupuude doonori leukotsüütidega vallandab järsu kehatemperatuuri tõusu üle 1°C 0,5-1 tund peale transfusiooni algust, mis kestab 2-6 tundi ja peaks mööduma 10 tunni jooksul.</i>	<b>Kood 403</b>
<b>TRALI (transfusiooniga seotud äge kopsukahjustus)</b> <i>Veretoode (plasma, täisveri) sisaldab leukotsüütide vastaseid antikehi, mis reageerivad patsiendi leukotsüütidega kopsudes. Sümptomaatiliselt sarnaneb täiskasvanute respiratoorsele distressündroomile. Tekib transfusiooni ajal.</i>	<b>Kood 404</b>
<b>Urtikaaria jm. kergemad allergilised reaktsioonid</b> <i>Patsient on sensibiliseerunud millegi veretootes sisalduva suhtes. Reaktsioon tekib kohe transfusiooni alguses või selle ajal.</i>	<b>Kood 405</b>
<b>Tsirkulatoorne ülekoormus</b> <i>Tekib veretoote liiga kiirel või rohkem transfusioonil, kui tegemist on väga noore, väga vana või normovoleemilise patsiendiga.</i>	<b>Kood 500</b>
<b>Hilinenud hemolüütiline reaktsioon</b> <i>Veretoote transfusiooni järgselt tekib patsiendi sensibiliseerumine mingi selles sisalduva antigeeni suhtes. Tekib 1-3 nädala jooksul peale transfusiooni.</i>	<b>Kood 406</b>
<b>PTP(transfusioonijargne purpura)</b> <i>Patsiendil tekivad peale doonori trombotsüütide transfusiooni antitrombotsütaarsed antikehad nii doonori kui ka oma trombotsüütide suhtes. Tekib 1-2 nädalat peale transfusiooni.</i>	<b>Kood 407</b>
<b>GvH (transplantaat peremehe vastu)</b> <i>Immuunpuudulikkuse seisundis olevat patsienti ründavad doonori lümfotsüüdid. Ilmneb 2-3 nädalat peale transfusiooni.</i>	<b>Kood 408</b>
<b>Haigustekitajate ülekande</b> <i>Veretoodetega võib üle kanda mitmeid haigustekitajaid. Olulisemad: HI viirus, B- ja C-hepatiidi viirus, süüfilise tekitaja, herpesviirus, tsütomegaloviirus, parvoviirus. Haigus ilmneb nädalaid kuni aastaid peale transfusiooni.</i>	<b>Kood 600</b>

TEATIS LÕIGATA ÄRA JA SAATA NÕUSTAVALE VEREKESKUSELE  
REAKTSIOONI REGISTREERIMISEKS

Sotsiaalminister  
määrus



## **Lisa 27**

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 27

## OPERATSIOONI PROTOKOLL

**Patsiendi**

Eesnimi \_\_\_\_\_

Perekonnanimi \_\_\_\_\_

Sünniaeg \_\_\_\_\_ Isikukood 

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

Diagnoos \_\_\_\_\_

Operatsiooni nimetus \_\_\_\_\_

Operatsiooni kuupäev \_\_\_\_\_

Operatsiooni kestvus \_\_\_\_\_ algus \_\_\_\_\_ lõpp \_\_\_\_\_

Kirurg \_\_\_\_\_ 

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

Assistent \_\_\_\_\_ 

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

Assistent \_\_\_\_\_ 

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

Assistent \_\_\_\_\_ 

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

Anestesioloog \_\_\_\_\_ 

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

Op-i õde \_\_\_\_\_ 

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

**Operatsiooni kirjeldus**

## Lisa 28

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 28

# Patsiendikaart

Haigekassa arve seeria \_\_\_\_\_  
nr \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> tuli ise <input type="checkbox"/> kiirabiga <input type="checkbox"/> saatekirjaga <input type="checkbox"/> muu				Saabus <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> :	
Saatediagnoos _____				Lahkus <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> :	
				Viibis osakonnas <input type="text"/> t <input type="text"/> min	
Nimi _____		Sugu _____	Vanus _____	Isikukood _____	
Eesnimi _____		HK kaardi nr _____		Perearst _____	
Elukoht _____ Kontakttelefon _____					
Patsiendi isiklikud esemed <input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> võtmed <input type="checkbox"/> proteesid <input type="checkbox"/> haigek kaart <input type="checkbox"/> pens   tunnistus <input type="checkbox"/> autojuhikoad <input type="checkbox"/> raba <input type="checkbox"/> kiirabi andis üle <input type="checkbox"/> tagastati					
Kaebused, anamnees _____					
Esialgne diagnoos <input type="text"/> : <input type="text"/> : _____					
<b>Seisund: S<sub>1</sub>; S<sub>2</sub>; S<sub>3</sub></b> <b>Teadvus</b> Selge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorient. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Äratatav <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koomas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Pupillid</b> Normis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kitsad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laiad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diferents <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>Märkused /Lisa info</b>  <b>Tcostat san hüg</b> pedikul <input type="text"/> : <input type="text"/> sügelised <input type="text"/> : <input type="text"/> pesimine <input type="text"/> : <input type="text"/> üleni <input type="text"/> : <input type="text"/> ossaline <input type="text"/> : <input type="text"/>	
<b>Kops</b> Parems; Pubas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vasak; Pubas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Hingamine</b> Normis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hüpervent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hüpovent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei hinga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei hoia hingamis- teid lahti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Nõrgem</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Räginad</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Nõrgem</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Räginad</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kiuned</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kiuned</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Normis</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Paremal</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>iiveldus</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Vasemal</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Perit ärr.+</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Pinges</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Perit ärr-</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Peristalt norm</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Valu</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Peristalt elavn.</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Ülakõhus</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Peristalt puudub</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Alakõhus</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Esilevõlvunud</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Normis</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Lööve</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Soe</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Jäbe</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Niiske</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kuiv</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kahvatu</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Punetav</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Kell</b> <b>Pulss</b> <i>frekv</i> <i>rütm</i> <b>SpO<sub>2</sub> %</b> <b>Vent režiim</b> <b>RR süstoolne</b> <b>RR diastoolne</b> <b>T°/Diurees</b> <b>Faec /okse</b> <b>S<sub>1</sub>; S<sub>2</sub>; S<sub>3</sub></b> <b>A<sub>NR</sub> / U<sub>NR</sub></b> <b>P<sub>NR</sub> / K<sub>NR</sub></b> <b>R<sub>NR</sub></b>				<b>Ravi / Korraldaja</b>	
<b>Analüüsi</b> nimet   vastus		<b>Uuring</b> Teostaja / kood, allkiri		<b>Konsultatsioon / Lok leid</b>	
nimet   vastus		U <sub>1</sub>			
A <sub>1</sub>					
		<b>Protseduur</b> Teostaja / kood, allkiri			
		P <sub>1</sub>			
		<b>Eriala</b> Konsultant / kood, allkiri			
		K <sub>1</sub>			
Täpsustatud diagnoos <input type="text"/> : <input type="text"/> : _____					
<b>Otsus</b> <input type="checkbox"/> vajab hospitaliseerimist <input type="checkbox"/> ei vaja hospitaliseerimist <input type="checkbox"/> vajab jälgimist		<b>Tulemus</b> <input type="checkbox"/> osakonda <input type="checkbox"/> teise haiglasse <input type="checkbox"/> koju <input type="checkbox"/> suri		Hgl nr _____ <input type="checkbox"/> Keeldub edasisest abist Pt allkiri _____	
Arst/kood _____		Allkiri _____		Õde _____	
				Allkiri _____	

Sotsiaalminister  
määrus

## Lisa 29

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 29

Kiirabi:		<b>Kiirabikaart</b>		Br / A / Nr		Päev	Kuu		
Sündmuskoht:				Praktiseer		Korraldus		keht	
Kaebused: /Põhjus		Tõlgitud	Teataja:		Väljasõit		keht		
Patsient:		Vanus:		Sugu:		Kohal		keht	
Brigaadi koosseis:		Eelnev ravi ja dgn: /märkused		Väärtesemed ja dokumendid:		Lahkumine		keht	
Perekonnanimi:		Kaebused, anamnees:		Vigastuse põhjus		Trauma liik			
Eesnimi:									
Isikukood:									
Vanus:		Sugu:		GCS					
Elukoht:									
Perearst /Polikliinik									
Teadvus		Parameetrid		V		Kopsuleid		P	
selge		Hing.Fr:				norm.			
desorienteer.		Süst. RR				nõrgem			
äratav		Diast.RR				rüginad			
koomas		Pulsus fr:				kiuned			
Hingamine		Pulsus f°				Kõht			
norm.		f°				norm.			
hüpervent.		Glük.veres				valu ülakõhus			
hüpovent.		SpO <sub>2</sub>				valu keskkõhus			
ei hinga		Nahk				valu alakõhus			
Hingamisteed		norm.				valu paremal			
hoiab lahti		kuiv				valu vasakul			
ei hoia lahti		soe				pinges			
Pupillid		kahvatu				peritoneaalärritus pos.			
norm.		niske				peristaltika puudub			
kitsad		lööve				peristaltika elavnemud			
laiad		Südame rütm				esilevõlvunud			
P<V		regulaarne				GCS kokku			
P>V		ebaregulaarne							
EKG leid:						Crossmann			
Dgn:						Transpordi viis:			
						Joobetunnused		alko <input type="checkbox"/> narko <input type="checkbox"/> pole <input type="checkbox"/>	
						Visiidi lõpptulemus		ei leitud pt. <input type="checkbox"/> pt. suri <input type="checkbox"/>	
						pt. jäi kohapeale		pt. oli surnud <input type="checkbox"/>	
						pt. hospitaliseeriti		pt. anti üle <input type="checkbox"/>	
						sõit annulleeriti		muu <input type="checkbox"/>	
Ravimid:		Doos		Protseduurid:		Keeldun edasisest abist:		alkin	
						Brigaadi juht:		alkin	
						Tervish.asutus:		ostakond	
						Vastuvõtja:		nimi	
						Elustamiskaardi nr:		alkin	
Tagastada:		kiirabi		Ravi kestus:		päevades		Kiirabi tegevus adekvaatne	
Kaart:		aadress		Tulemus:				jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	
Pt:		päev		Lõplik dgn:				Märkused:	
		kuu						Täitja:	
								nimi	
								kuupäev	

Sotsiaalminister  
määrus

## Lisa 30

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 30

<b>Kiirabi</b>		<b>Elustamiskaart</b>		Nr	Päev	Kuu	Aasta
<b>Brigaadi juht</b>		Kiirabikaardi nr			Br/A/Nr	Korraldus kell	
<b>Perikonnanimi</b>		Elukoht			Väljasõit kell		
<b>Eesnimi</b>					Kohal kell		
<b>Isikukood</b>		Eeldatav kliiniline diagnoos					
<b>Vanus</b>	<b>Sugu</b>	Kasnevad haigused					
<b>Pt asukoht</b>		<b>Pt väljakutseeelne KNS seisund</b>		<b>Kliinilise surma põhjus</b>			
kortar	Glasgow-Pitsburgi protokoll järgi		Kardiaalne	Mittekardiaalne	insult		
avalik koht	1   2   3   4	andmed puuduvad   0	südamerütmihäired	trauma	hüpoksia		
<b>töökoht</b>	<b>Kliiniline surm tekkinud</b>		südameinfarkt	uppumine	verejooks		
kiirabiauto	tunnistajate juuresolekul		kopsarteri tromboolia	elektritrauma	allergia		
raviasutus	kiirabi-brigaadi juuresolekul		muu / ei ole teada	hüpotermia	muu/ei ole teada		
mujal	tunnistajate (leit) surmuna			mürgistus	vääkelpse äkksurma sündroom		
<b>Kliinilise surma eeldatav aeg</b>		<b>Elustamist alustas</b>		<b>Elustamisel tehtud</b>		<b>Kommentaariid / hinnang</b>	
kell		juhulisk abistaja   meedik		hingamine			
Aeg vereringe seiskusest		töökaaslane		südamemassaaž			
ABC võtete rakendamiseni		min   sugulane		ei elustatud			
Aeg vereringe seiskusest kvalifitseeritud elustamise alguseni		min		<b>Esmaselt diagnoositud vereringeseiskuse vorm</b>		<b>Ventilatsioon</b>	
				asüstoolia		suust suhu   <i>combitube</i>	
<b>Nahavärvus</b> kahvatu   tsüanootiline		vatsakeste fibrillatsioon		taskumask		kõrimask	
Teadvus ei   jah		pulsita ventrikulaarne tahhükardia		hingamiskott ja mask		krikotireotomia (stoomia)	
Pupill kitsas   keskmiselt lai   lai		ehufektüivne süstol		trahhea intubatsioon		hapnik	
<b>Omahingamine</b> ei   jah		<b>Esimesel defibrillatsioon</b>		<b>Elektrokardiostimulatsioon</b>		<b>Südame massaaž</b>	
Hingamisteede refleksid ei   jah		kellaeg		ei		prekordiaalne löök	
Eelolevalt juhitaval hingamisel ei   jah		voltau (J)		nahakaadne		kaudne	
Palpeeritav puls ei   jah		Defibrillatsioonide arv		söögitorusisene		otsene	
<b>Ravimite manustamise viis</b>		<b>Manustatud ravimid</b>		<b>Südame tegevuse käivitas</b>			
intratrahheaalne   intrakardiaalne		adrenaliin mg   kardaroon mg		prekordiaalne löök			
perifeerne veen   intraosaalne		adrenaliini algdoos mg   dopamiin µg/kg/min		esmasel elustamisvõttes			
tsentraalne veen		atropiin mg   noradrenaliin µg/min		defibrillatsioon J			
<b>Manustatud lahused</b>		lidokaiin mg   diasepaam mg		kardiostimulatsioon			
kolloid ml   NaCl 0,9% ml		NaHCO <sub>3</sub> mekv   relaksant		adrenaliin mg			
		magneesiumsulfaat g   hormoon		muu			
		prokainamiid g					
<b>Elustamise tulemus</b>		<b>Hospitaliseerimine</b>		<b>Tüsistused elustamisvõtetest</b>			
taastunud spontaanne vereringe ja teadvus		aeg					
taastunud spontaanne vereringe		kestvus >5min					
sh surm enne hospitaliseerimist		keht					
efektita							
<b>Elustamiseks kulunud aeg</b>		<b>Patsiendi seisund haiglasse saabumisel</b>		<b>Puudused / probleemid elustamise ajal</b>			
min		teadvus ei   jah					
		pupill kitsas   keskmiselt lai   lai					
		omahingamine ei   jah					
		refleksid/motoorne rihutus ei   jah					
		vererõhk					
<b>Legend ja kiirabi-brigaadi tegevus kronoloogilises järjekorras</b>							
<b>Patoanatomiline diagnoos</b>		<b>Patsiendi edaspidine saatus</b>		<b>Pt KNS seisund haiglast lahkumisel</b>			
		sari haiglas   väljakirjutatud koju		Glasgow-Pitsburgi protokoll järgi   1   2   3   4   5			
		mujale   hooldekodusse		Elanud üle aasta ei   jah			
				Surnud kuu/päev			

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13030490

## Lisa 31

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nendokumentide säilitamise tingimused ja kord“





Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_ Kood [ L L L L L L ]

Aadress \_\_\_\_\_ Postikood \_\_\_\_\_

Linn/Vald \_\_\_\_\_ Maakond \_\_\_\_\_

## GERIAATRILISE SEISUNDI HINDAMISE KOKKUVÕTE

### Patsiendi

Ees- ja perekonnanimi \_\_\_\_\_

Isikukooc [ L L L L L L L L L L L L L L ] Sünniaeg \_\_\_\_\_

Registreerimisnumber (siku RAI hindamise nr) \_\_\_\_\_

### Põhiprobleemid

Arst \_\_\_\_\_

Õde \_\_\_\_\_

Sotsiaaltöötaja \_\_\_\_\_

Geriaatriameeskonna kokkuvõtte peamistest lahendamist vajavatest probleemidest

Sekkumise ressursid ja piirangud \_\_\_\_\_

**Edaspidine tegevus** \_\_\_\_\_

Edasise tegevuse eesmärgid \_\_\_\_\_

Edasise tegevuse plaan \_\_\_\_\_

Järgmise hindamise vajadus \_\_\_\_\_

Kokkuvõtte tegemise kuupäev \_\_\_\_\_

### Geriaatriameeskonna liikmed:

	Nimi	Amet	Allkirj
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____