

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

Sotsiaalminister  
määrus  
terviktekst  
01.04.2009  
31.12.2009

# Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord

Vastu võetud 18.09.2008 nr 56  
[RTL 2008, 80, 1115](#)  
jõustumine 27.09.2008

**Muudetud järgmise määrusega (kuupäev, number, avaldamine Riigi Teatajas, jõustumise aeg):**

**12.03.2009 nr 20 ([RTL 2009, 29, 383](#)) 1.04.2009**

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 näidismvormid (edaspidi *vorm*) ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord.
- (2) Tervishoiuteenuste dokumenteerimise korra 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, korrastatakse, 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 järelevalveasutuses.

(3) Käesoleva määrusega kehtestatud dokumendid kui avalikud arhivaalid säilitatakse kehtestatud tähtaja 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 protokollilise väljavõtte,
- 14) koduõenduskaart,
- 15) Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte,
- 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 elukoha aadress;
- 10) patsiendi kindlustatuna arvele võtnud Eesti Haigekassa piirkondliku osakonna nimetus ja kood;
- 11) Eesti Haigekassa liikmekaardi number;
- 12) püsiva töövõimetus 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 lisa 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 terviselega seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnenda väljaande (edaspidi *RHK-10*) järgi, haiguse diagnoosinud arsti ees- ja perekonnanimi 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 töövõimetus korral märgitakse arstliku ekspertiisiotsuse kuupäev ja diagnoositud haiguse nimetus ning kood RHK-10 järgi;
- 7) kui tervisekaardi esimese ja teise lehe vorme kasutatakse väljavõtte tegemiseks tervisekaardist, lisatakse selle väljastamise kuupäev, 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 «Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse» mõistes ohtlikus töökeskkonnas, kus esinevad füüsilised, keemilised, bioloogilised, füsioloogilised, psühholoogilised ja muud ohutegurid.

### § 12. Tervisekaardi kolmanda lehe kanded

Tervisekaardi kolmandale lehele kantakse järgmised andmed:

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

### § 13. Tervisekaardi neljas leht

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

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

#### § 14. Tervisekaardi neljanda lehe kanded

(1) Tervisekaardi neljandale lehele kantakse 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, soovitus, eriarsti konsultatsioonile suunamine;
- 2) reiarteri 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) poeglaste puhul kuni kaheaastaseks saamiseni määruse lisas 9 toodud vormi kohaselt;
- 4) poeglaste puhul alates kaheaastaseks saamisest määruse lisas 10 toodud vormi kohaselt.

## 2. jagu ÕPILASE TERVISEKAART

## § 22. Õpilase tervisekaart

- (1) Õpilase tervisekaardi vormistab põhi- ja keskkaridust andvas õppeasutuses õppivale õpilasele tervishoiuteenust osutav tervishoiutöötaja.
- (2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb õpilase tervisekaart kahest lehest. 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 soovitused, 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 jälgi 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 veresoonekonna, 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 (perekoos, ujumine, võimlemine jm);
- 7) naise kehakaal (kg) enne rasestumist 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 kiiruuringu 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 töökohta nimetus;
  - 6) kontaktisiku nimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
  - 7) kontaktisiku elukoha aadress;
  - 8) riikliku pensiooni 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) kavandatav uuringute plaan;

8) kavandatav raviplaani;

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, terviseseisundi muutustest, raviplaani muutustest. Kanne tehakse samal päeval, märkides iseloomustatava perioodi alguse ja lõpu kellaaja.

### § 42. Haigusloo epikriisi osa

(1) Haigusloo epikriisi osa (edaspidi *epikriis*) vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta. Epikriis on kokkuvõtlik 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 protokollil väljavõtte saamist.

#### § 43. Epikriisi esimese lehe kanded

Epikriisi esimesele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) haigusloo number;
- 2) haigla nimi;
- 3) haigla tegevusloa number;
- 4) haigla telefoninumber ja e-posti aadress;
- 5) haigla osakonna nimetus, kus haiguslugu lõpetatakse;
- 6) patsiendi ees- ja perekonnanimi;
- 7) patsiendi isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 8) patsiendi elukoha aadress;
- 9) patsiendi haiglasse saabumise ja haiglast välja kirjutamise kuupäevad;
- 10) Eesti Haigekassa arvestuses tasumise aluseks olevate voodipäevade arv;
- 11) kliiniline diagnoos, märkides põhihaiguse, põhihaiguse tüsistuse, kaasuva haiguse nimetused ja koodid RHK-10 järgi;
- 12) diagnoosi põhjendus, haiguse kulu iseloomustus;
- 13) kokkuvõtte tehtud uuringutest, protseduuridest;
- 14) kokkuvõtte patsiendi ravist.

#### § 44. Epikriisi teise lehe kanded

Epikriisi teisele lehele kantakse järgmised andmed:

- 1) operatsiooni korral selle nimetus ja kood DRG, NCSP või haigekassa hinnakirja järgi;
- 2) operatsiooni toimumisel kuupäev ja anesteesia liik;
- 3) patsiendi tervise seisundi hinnang haiglast väljakirjutamisel;
- 4) režiimi- ja ravialased soovitusel edasiseks raviks;
- 5) soovitusel taastusraviks;
- 6) töövõimetuslehe 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 (*Americal 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 sealt lahkumise kellaag, anesteesia ja operatsiooni alguse ning lõpu kellaajad.

(4) Anesteesia kaarti kantakse tehtud premedikatsioon.

(5) Anesteesia kaarti kantakse patsiendi eelneva uurimise andmed:

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

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

(7) Regionaalnesteesia korral märgitakse anesteesia kaarti blokaadi kõrgus.

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

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

(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, lihaskõudluse 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 intensiivrivil. 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 enteraalset toitmist andmed.
- (7) Intensiivravi jälgimislehele kantakse ajaliselt ja koguseliselt eritumiste andmed:
- 1) diureesi kaudu;
  - 2) nasogastraalsondi kaudu;
  - 3) dreenide kaudu;
  - 4) *faeces*, oksendamise.
- (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 intensiivravitel. 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 intensiivravitel viibiva patsiendi tervise seisundi raskusastme hindamisele, millel kajastatakse intensiivravi osakonnas läbiviidud tegevusi. Ühte tegevust kajastatakse ühel real.

[RTL 2009, 29, 383 – jõust. 1.04.2009]

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

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

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

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

#### A. Hingamine

- 1) aparaadihingamine intubeerituna või trahheostomeerituna üle kuue tunni, sõltumata ventilatsioonirežiimist;
- 2) aparaadihingamine intubeerituna või trahheostomeerituna alla kuue tunni, sõltumata ventilatsioonirežiimist;
- 3) lihaskõõlastite kasutamine patsiendi paremaks adaptatsiooniks aparaadihingamisega (siia ei kuulu intubatsiooniks kasutatav relaksant);
- 4) mitteinvasiivne ventilatsioon, kaasa arvatud CPAP ventilatsioon. Kui patsient on sama ööpäeva jooksul eelnevalt olnud alla 6 tunni intubeerituna või trahheostomeerituna aparaadihingamisel, siis kasutada käesolevat punkti. Kui patsient on sama ööpäeva jooksul eelnevalt olnud üle 6 tunni intubeerituna või trahheostomeerituna aparaadihingamisel, siis kasutada käesoleva lõike punkti 1. Käesoleva lõike punkti 1, 2 ja punkti 4 üheaegselt märkida ei saa;
- 5) erakorraline trahhea intubatsioon haigla tingimustes, välja arvatud intubatsioon anesteesia läbiviimiseks operatsioonitoas. Siia loetakse ka intubatsioonitoru ja trahheostoomia kanüüli vahetus;
- 6) trahheostoomia 48 tunni jooksul sõltumata selle tegemise kohast (kahel päeval 2 punkti);
- 7) regulaarne trahhea aspiratsioon (sealhulgas ülemiste hingamisteede aspiratsioon vastsündinutel) vähemalt 4 korda ööpäevas. Teostamine peab olema märgitud ka intensiivravi jälgimislehel;
- 8) intubeeritud või trahheostomeeritud patsient spontaanhingamisel ilma aparaadita, olenemata sellest, millal patsient on intubeeritud või trahheostomeeritud. Käesolevat punkti ei saa kasutada paralleelselt käesoleva lõike punktidega 1, 2 või 4;
- 9) trahhea kanüüli või intubatsioonitoru hooldus mansetirõhu mõõtmisega ja intubatsioonitoru sügavuse kontrolliga. Tegevus peab olema märgitud intensiivravi jälgimislehel;

10) O<sub>2</sub>lisa sissehingatavas õhus, kui kasutatakse hapnikumaski või ninasondi. Käesolevat punkti ei täideta, kui on täidetud käesoleva lõike punkt 1, 2 või 4;

11) hingamise füsioteraapia, ravimi inhalatsioon kui aktiivsele puhumisele ja köhimisele lisatakse võimlemine, kloppimine, korduvad inhalatsioonid ja ninaneelu aspiratsioon. Tegevus peab olema märgitud intensiivravi jälgimislehele;

12) ventilatsioon kõhuli asendis, kehtib aparaadihingamisel olevate intubeeritud või trahheostomeeritud patsientide puhul;

13) surfaktantravi, kehtib kuni 24 tundi pärast viimast doosi.

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

#### **B. Hemodünaamika ja intravenoossed ravimid**

1) intraaortaalne kontrapulsatsioon jt vereringet abistavate seadmete kasutamine;

2) töötav kardiosimulaator, asünkroonsel või *demand*-režiimil;

3) väljalülitatud olekus ajutine kardiosimulaator;

4) rohkem kui ühe vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon – dopamiin, dobutamiin, adrenaliin, noradrenaliin, fenüülefriin, dopeksamiin, enoksimoon, milriinon, levosimendaan, nitroglütseriin, nitroprussiid, nimodipiin, prostasükliin, prostaglandiin E II, labetalool jt;

5) ühe vasoaktiivse või inotroopse aine infusioon – dopamiin, dobutamiin, adrenaliin, noradrenaliin, fenüülefriin, dopeksamiin, enoksimoon, milriinon, levosimendaan, nitroglütseriin, nitroprussiid, nimodipiin, prostasükliin, prostaglandiin E II, labetalool jt;

6) elektriline kardioversioon, k.a söögitorukaudne südamerütmi ülestimulatsioon (nn TASS);

7) antiarütmikumi püsiinfusioon – amiodaroon, lidokaiin, propafenoon jt. Kui antiarütmikumi kasutatakse ainult boolussüstena, siis kasutada käesoleva lõike punkti 10;

8) kiirküllastus digitaalse preparaadiga – arvestatakse kiirküllastust (24 tunni jooksul) digitaalse preparaadidega doosis 8–10 mikrog/kg/ööpäevas. Arvestatakse 48 tunni jooksul digitaliseerimise alustamisest;

9) forsseeritud diurees eriolukordades, näiteks mürgistuste, neerupuudulikkuse, ägeda aju- või kopsuturse korral, mille puhul intravenoosselt manustatud furosemiidi üle 1 mg/kg/ööpäevas, torasemiidi üle 30 mg ööpäevas või kasutatud mannitooli infusiooni;

10) intravenoosne ravim väljaspool regulaarseid korraldusi – ravim määratud hetkeseisundit arvestades, näiteks verapamiil supraventrikulaarne tahhükardia korral, furosemiid oligouuria korral jt;

11) kolm ja enam antibiootikumi, antimükootikumide ja viirusevastast preparaati raviskeemis;

12) üks kuni kaks antibiootikumi, antimükootikumide, viirusevastast preparaati;

13) parenteraalselt manustatud tsütostaatikum;

14) regulaarsed intravenoossed ravimid; vähemalt üks ravim, mis on patsiendile määratud regulaarselt (välja arvatud antibiootikumid, kristalloid- ja sünteetiliste kolloidlahuste infusioon – need märgitakse teiste punktide all).

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

#### **C. Monitooring, kanüülid ja kateetrid**

1) kopsuarteri kateeter – kõik tüübid on võrdsed (termodilatsioon, SvO<sub>2</sub>);

2) tsentraalse hemodünaamika monitooring: südame minutimahu korduv või pidev mõõtmine sõltumata meetodikast (termodilatsioon, pulsskontuuranalüüs, ultraheli vms);

3) arteriaalse rõhu invasiivne monitooring;

4) veregaasid, elektrolüüdid ja muud biokeemilised analüüsid neli ja enam korda 24 tunni jooksul, sõltuvalt tegemise kordadest, mitte analüüsides vastuste summast;

5) veregaasid, elektrolüüdid ja muud biokeemilised analüüsid kuni kolm korda 24 tunni jooksul;

6) tsentraalse veeni kateeter, tsentraalse venoosse rõhu mõõtmine tsentraalveeni kateetri abil;

7) kaks või enam perifeerset veenikanüüli;

8) üks perifeerne veenikanüül;

9) arteriaalse vererõhu mitteinvasiivne mõõtmine, südame löögisageduse ja hemoglobiini saturatsiooni jälgimine. Andmed peavad olema dokumenteeritud jälgimislehel vähemalt kolmetunnise intervalliga;

10) epiduraalkateetri kasutamine koos ravimi manustamisega;

11) intensiivravi osakonnas tehtud ehokardiograafia, ultraheli- ja röntgenuuringud;

12) intraabdominaalse rõhu mõõtmine ja dokumenteerimine (vähemalt kaks korda ööpäevas) või mao limaskesta pCO<sub>2</sub>määramine;

13) peaja oksügenisatsiooni (Hgb saturatsioon jugulaarveenis, NIRS jt) ja/või biopontentsiaalide (EEG, BIS jt) jälgimine. Peavad olema dokumenteeritud intensiivravi jälgimislehel vähemalt üks kord 3 tunni jooksul.

[RTL 2009, 29, 383 – jõust. 1.04.2009]

### **§ 53. TISS-lehe teise lehe kanded**

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

#### **D. Parenteraalne toitmine, infusioonravi, elektrolütide häired**

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

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

#### **E. Kirurgilised protseduurid**

- 1) kõik erakorralised operatsioonid ja invasiivsed protseduurid, mis on tehtud viimase 24 tunni jooksul intensiivravi viibival patsiendil (laparotoomia, intrakraniaalse rõhu anduri paigaldus, perkutaanne koronarograafia, angioplastika, kardiostimulaatori implantatsioon jt). Välja arvatud perifeerse veeni ja arteri punktsioon või kanüleerimine, tsentraalveeni ja kopsuarteri kanüleerimine, nasogastraalsondi, põie- ja epiduraalkateetri paigaldamine;
- 2) bronhoskoopia ja muud endoskoopiad (sh söögitorukaudne ehk kardioograafia);
- 3) perikardi- või pleuraõõne punktsioon või dreeneerimine;
- 4) pleura ja mediastiinumi drenid, passiivne või aktiivne aspiratsioon drenidest reguleeritud rõhureguleerimisega/ vaakumiga (gofreeritud lõõtsa kasutamisel antud punkti ei täideta);
- 5) ortopeedilised venitused, kaasa arvatud kaela fikatsioon;
- 6) korduvad sidumised – kirurgilise haava, drenide väljumiskoha, arteri/tsentraalveeni punktsioonikoha korduvad sidumised, mida tehakse rohke haavaerituse tõttu. Arteriaalse juhtkanüüli eemaldamine protseduuri järel (perkutaanne angioplastiline protseduur, perkutaanne koronaarinterventsioon, intraaortaalne kontrapulsaator jne). Peavad olema dokumenteeritud;
- 7) plaanipärased sidumised – kirurgilise haava, drenide väljumiskoha, arteri/tsentraalveeni punktsioonikoha plaanipärased sidumised. Peavad olema dokumenteeritud;
- 8) lamatiste ennetamine – kõik juhud, kui kasutatakse lokaalseid või asendiga seotud võtteid lamatise ennetamiseks (regulaarne liikumatu patsiendi pööramine vähemalt kolme tunni järel, samuti eriotstarbelised madratsid ja voodid). Peab olema dokumenteeritud;
- 9) fistlite, stoomide ja passiivsete haavadreenide loputus ning hooldus – passiivsed drenid kõhuõõnes või mõnes muus piirkonnas, välja arvatud rindkere õõnes;
- 10) nasogastraalsond, ka üksnes enteraalseks toitmiseks;
- 11) aparaadihingamisel oleva intensiivravihaige või laialdase põletuspinnaga põletushaige dušš;
- 12) kehaõõne või suure haavapinna lavaaž mediastiniidi, peritoniidi ja kopsuempüeemi ravis.

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

#### **F. Verejooksu ja hüpovoleemia ravi**

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

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

#### **G. Neuroloogia, neurokirurgia, elustamine**

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

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

#### **H. Muud**



- 1) erakorraline hemodialüüs, hemofiltratsioon, pidev venovenosne või arteriovenosne hemodialüüs, terapeutiline plasmaferees või terapeutiline verevahetus. Loetakse kõik põhihaigusest või selle tüsistustest tingitud protseduurid;
- 2) krooniline dialüüs sõltumata intensiivravile sattumise diagnoosist; haige on dialüüsiravil juba enne intensiivravile tulekut;
- 3) peritoneaaldialüüs;
- 4) trombolüüs – intravenosne või kindlasse veresoonda (kopsuarter jt) manustatud trombolüütilised preparaadid (streptokinaas või koe plasminogeeni aktivaator). Märgitakse kuni 24 tunni jooksul pärast manustamist;
- 5) intravenosne antikoagulantravi või antiagregantravi koos aPTT või ACT kontrolliga vähemalt 6 tunni järgi või anti-Xa kontrolliga vähemalt 1 kord päevas (vastündinute puhul aPTT kontroll vähemalt 1 kord päevas);
- 6) krooniline antikoagulantravi või süvaveeni tromboosi profülaktika (kaasa arvatud madalmolekulaarne hepariin);
- 7) haige aktiivne soojendamise või jahutamise, vastündinu kuvööis;
- 8) põie püsikateeter koos diureesi mõõtmise ja dokumenteerimisega. Väikelastel kuni 1. eluaastani ka mähkmete kaalumise;
- 9) fototeraapia;
- 10) korduvad maoloputused mürgistuste ravis. Ei täideta kui loputamine jääkülma veega verejooksu korral;
- 11) enneaegne vastündinu (st sündinud kuni 37-nda gestatsiooninädalani) kuni kolme kuu vanuseni;
- 12) sünnikaal alla 1500 grammi, sündinud kuni 40-nda gestatsiooninädalani, kasutatav kuni kolme kuu vanuseni;
- 13) hüponatreemia ravi või hüpernatreemia ravi, kui vereseerumi Na<sup>+</sup> on ≤120 mmol või ≥156 mmol/l. Ka hüpertoonilise NaCl lahuse infusioon teistel näidustustel (intrakraniaalse rõhu kontroll);
- 14) väljaspool intensiivravi osakonda tehtud uuringud patsiendil, kes vajab aparadihingamist, vasoaktiivseid ravimeid ja/või on teadvusetus seisundis.

[RTL 2009, 29, 383 – jõust. 1.04.2009]

#### § 54. Haigusloo patsiendi verekaardi osa

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

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

#### § 55. Verekaardi esimene leht

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

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

(1) Haigusloo veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolliga 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 veretood: erütrotsüütide suspensioon – doosides või kogus ml; suspensiooni ülekande või eeldatava verekaotusega operatsiooni aeg, erütrotsüütide suspensiooni kiire tellimise erivariandid – 0 Rh negatiivse vere või sobimatu vere tellimus; värskelt külmutatud plasma koos sulatamisajaga; krüopretsipitaat; trombotsüütide kontsentraat, muu toode;
- 5) veretoote tellija ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri;
- 6) vereproovid võtnud õe või bioanalüütiku ees- ja perekonnanimi;
- 7) väljastatud veretooded, veregrupi kontrollid, sobivusproovide tegemine, võimalik transfusioonireaktsioon;
- 8) laboritestide tegemise aeg, tegija ees- ja perekonnanimi ning allkiri.

#### § 59. Veretoote tellimise ja transfusiooniprotokolli teine leht

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

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

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

#### § 60. Haigusloo transfusioonijärgse reaktsiooni 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, rinnavalv, seljavalv, nimmevalu, peavalv, 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 tulemusi (vere hemoglobiini sisaldus enne ja pärast transfusiooni, seerumis – vaba hemoglobiin, bilirubiin, haptoglobiin, methemalbumiin, immuunglobuliin A; uriinis – hemoglobiinuuria, hematuuria, müoglobiinuuria; 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 protokolli esimesele lehe allosas olevale teatise osale märgitakse haigla ja osakonna nimetus, haigusloo number, veretoote nimetus, doosi number, transfusiooni kuupäev, reaktsiooni kood määruse § 62 kohaselt. Vahetu hemolüütilise reaktsiooni korral lisatakse transfusioonieelne ja -järgne vereproov, ülekantud toodete jäägid ning koopiad verekaardist, veretoodete tellimislehest, transfusiooniprotokollist ja reaktsiooniprotokollist.

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

## § 62. Transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll teine leht

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

1) anafülaktiline reaktsioon – kood 400.

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

2) vahetu hemolüütiline reaktsioon – kood 401.

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

3) septiline reaktsioon – kood 402.

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

4) temperatuurireaktsioon – kood 403.

Patsient on varasemate transfusioonide või raseduste käigus sensibiliseerunud võõraste leukotsüütide suhtes. Uus kokkupuude doonori leukotsüütidega vallandab järsu kehatemperatuuri tõusu üle 1 °C 0,5–1 tund peale ülekande algust, mis kestab 2–6 tundi ja peaks mööduma 10 tunni jooksul;

5) transfusiooniga seotud äge kopsukahjustus (TRALI) – kood 404.

Veretoode (plasma, täisveri) sisaldab leukotsüütide vastaseid antikehi, mis reageerivad patsiendi leukotsüütidega kopsudes. 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) tsirkulatoorne ülekoormus – kood 500.

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

8) hilinevad hemolüütiline reaktsioon – kood 406.

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

9) transfusioonijärgne purpura (PTP) – kood 407.

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

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

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

11) haigustekitajate ülekande – kood 600.

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

## § 63. Haigusloo operatsiooniprotokoll 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. Operatsiooniprotokoll 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 kellaaeg;
- 6) kirurgi ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 7) kirurgi assistentide ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 8) anestezioloogi ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 9) operatsiooni ees- ja perekonnanimi ning registreerimistõendi number;
- 10) tehtud operatsiooni kirjeldus;
- 11) operatsiooni tegemise kuupäev;
- 12) operatsiooniprotokolli vormistaja nimi ja allkiri.

#### § 65. Haigusloo erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaardi osa

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

(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb patsiendikaart ühest lehest ja vormistatakse 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, saatekirja 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) Tervise seisundi hindamisel tehakse patsiendikaardis sellekohasesse ruutu kanne S1, S2, S3 ja nii edasi, kusjuures S näitab patsiendi staatust jälgimishetkel ning number seisundi jälgimise korda. Kanne tehakse patsiendi seisundist lähtuvalt, valides näitaja järgmisest loetelust:

- 1) teadvus: selge, desorienteeritud, äratav, koomas;
- 2) pupillid: normis, kitsad, laiad, diferents;
- 3) kops parem: puhas, nõrgem, rägina, kiuned;
- 4) kops vasak: puhas, nõrgem, rägina, kiuned;
- 5) hingamine: normis, hüperventilatsioon, hüpoventilatsioon, ei hinga, ei hoiu hingamisteid lahti;
- 6) kõht: normis, iiveldus, peritoneaalärritusnähud, valu (ülakõhus, alakõhus; paremal, vasemal), pinget, 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 tervise seisundist 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) analüüside 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) Õenduslukku 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, valu piirkond, 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 suuõõne seisukorda;
- 8) nägemine: normaalne, kannab prille või kontaktlääsi, 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) erituseelundite 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 kellaeg;
- 3) surnu 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) kellajaliselt 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 lisa 29 toodud vormi kohaselt, isekopeeruva 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 numbritega;
- 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) lühiaandmed 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 tervise seisundi 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, hingamisrütm 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 hoi hingamisteed 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 rütmise seisund ja hindamise kellaeg: regulaarne, ebaregulaarne;
- 15) kopsude seisund: normaalne – normaalse tugevusega hingamiskahin; nõrgem – hingamiskahin nõrgem vasakul ja/või paremal; räginald – kopsudes kuulda räginald; kiuned – kopsudes kuulda kiuned;
- 16) kõhu valu(likkuse), motoorika 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 motoorikat; peristaltika elavnenud – auskultatsioonil kuulda elavnenud soole motoorika; 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); motoorika (täidab korraldusi – 6, lokaliseerib valu – 5, jäseme äratõmme – 4, painutab – 3, sirutab – 2, puudub – 1);
- 18) vigastuse põhjus: liiklusvahend – vigastuse on põhjustanud liiklusvahend, peksmine, 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) kiirabikaarti 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 eelnenud patsiendi kesknärvisüsteemi seisund *Glasgow-Pittsburghi* hindamiskaala (*CPC-cerebral perfomance 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 kraniálnärvide kahjustus); mõõdukas kesknärvisüsteemi kahjustus (2) – teadvusel, võimeline töötama tingimustes ja osalise töökoormusega, on sõltumatu igapäevastes toimingutes (riietumine, sõitmine ühistranspordiga, toidu valmistamine), võivad esineda: hemiplegia, krambid, 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 vahekorrd 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; mittecardiaalne – trauma, uppumine, elektrilöök, hüpotermia, 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 seisukusest kvalifitseeritud elustamise alguseni;
- 2) patsiendi seisund kiirabibrigaadi saabumisel: nahavärvus – kahvatu, tsüanootiline; teadvus; pupill – kitsas, keskmiselt lai, lai; hingamine; hingamisteede refleksid; eelnevalt juhitava hingamisega; palpeeritav pulss;
- 3) esmaselt diagnoositud/dokumenteeritud vereringeseisukuse vorm: asüstoolia, vatsakeste fibrillatsioon, pulsita ventrikulaarne tahhükardia, ebaefektiivne süstol;
- 4) kunstliku ventilatsiooni viis: suust suhu, taskumask, hingamiskott ja mask, trahhea intubatsioon, *combitube*, kõrimask, krikotüreetoomia (stoomia), hapnik;
- 5) esimese defibrillatsiooni kellaeg, 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; efektiita; surm enne haiglasse üleandmist;
- 13) kiirabibrigaadi elustamistegevuse algusest kulunud aeg minutites;
- 14) haiglasse saabumise kellaeg 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'-Pittsburghi* 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 parodondi 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 – metallokeeraamiline 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 lahangu telliv arst.

(2) Lahangu saatekiri vormistatakse lahangu telliva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.

(3) Kui arst saadab surnu hoiule patoloogiaosakonna surnukambrisse lahangu 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) lahangu telliva tervishoiuasutuse nimetus ja tegevusloa number;
- 7) arsti ees- ja perekonnanimi;
- 8) haiglasse saabumise kuupäev;
- 9) haigusloo number;
- 10) arsti otsus surnu saatmiseks: patoanatomilise lahangule või kohtuarstlikule lahangule;
- 11) surnuga kaasasolevad esemed, raha, dokumendid;
- 12) saatekirja vormistaja ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ning allkiri.

#### **§ 92. Lahangu protokoll**

(1) Lahangu protokoll vormistab lahangu teinud patoloog.

(2) Lahangu protokoll vormistatakse lahangu tegeva tervishoiuasutuse valitud vormi kohaselt.

#### **§ 93. Lahangu protokollide säilitamine**

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

#### **§ 94. Lahangu protokollide kanded**

Lahangu protokollide tehakse järgmised kanded:

- 1) lahangu number lahangu 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 lühikokkuvõtte, otsene surmapõhjus, ravitüsistused, kliinilise ja lahangudiagnoosi võrdlev hinnang;
- 16) lahangu tegija vormistatud arstliku surmatõendi number, väljastamise kuupäev ja sellele kantud tekst;
- 17) protokollide 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 protokollid väljavõtte edastatakse lahangu tellinud tervishoiuasutusele või perearstile, surnu lahangule saatnud tervishoiuteenuse osutajale.

#### § 96. Lahangu protokollid väljavõtte säilitamine

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

#### § 97. Lahangu protokollid väljavõtte kanded

Lahangu protokollid 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 «Iseseisvalt 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) õde ees- ja perekonnanimi ning allkiri;
- 4) õde registreerimistõendi number.

(5) Koduõenduskaarti kantav õendusamnees peab sisaldama vähemalt järgmisi andmeid:

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

(6) Õendusamneesi võib teha kandeid patsiendi tervises seisundi ja elamistoimingute kohta, mille kajastamist öde 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 protokollis tehakse viide uuringu salvestuse asukoha kohta videolindile.
- (3) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

### **§ 105. Ehhokardiograafilise uuringu protokollis säilitamine**

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

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

(1) Ehhokardiograafilise uuringu protokollis 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 protokollis 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 struktuuraalsest kui ka funktsionaalsest aspektist);  
2) osalise mahuga uuring – fokuseeritud 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 ehkardiograafiline uuring – komplitseeritud täismahus transtorakaalne uuring, transösofageaalne ehkardiograafia, stress-ehkardiograafia, kontrast-ehkardiograafia, loote ehkardiograafia, intraoperatiivne ehkardiograafia, invasiivsete protseduuride ehkardiograafiline monitooring, intravaskulaarne ultraheli-uuring, kudede värvi-Doppler uuringud (vasaku vatsakese funktsiooni segmentaarne analüüs «*deformation imaging*»).

(3) Ehkardiograafilise uuringu protokolliga 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) Ehkardiograafilise uuringu protokolliga 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) Ehkardiograafilise uuringu protokolliga 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, astsendeervu aordi algusosa, aordikaar, destsendeervu aordi algusosa, pulmonaalarteri tüvi ja proksimaalsed harud, alumine õõnesveen, 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 õõnesveeni/maksaveeni projektsioon, vajadusel suprasternaalne projektsioon.

(6) Ehkardiograafilise uuringu protokolliga 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) Ehkardiograafilise uuringu protokolliga 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) Ehkardiograafilise uuringu protokolliga 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 soovitatav arvutada efektiivne ava pindala), regurgitatsiooni kirjeldus;
- 5) südame šuntide raskusastme hindamine (defekti diameetri mõõtmine, lisaks soovitatavalt Qp:Qs suhte arvutamine);
- 6) vasaku vatsakese diastoolse funktsiooni hinnang (mitraalvoolu hinnang PW-Doppleri järgi ja mitraalklapi fibroosrõnga liikumise hinnang PW-Doppleri järgi).

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

- 1) aort: lähe; aordikaar, selle asetus; alanev aort (aordikoarktatsiooni väljalülitamine); aordi läbimõõdud: klapi tasand, bulbus, ülenev aort; klapp – hõlmade arv, Doppler-vool, avatud klapi planimeetria; koronaaride lähe;
- 2) vasak koda: suurus (M-mode parasternaalses pikiteljes), vasaku koja/aordi läbimõõdu suhe; suurus 4-kambri projektsioonis (2 mõõdet); kopsuveenide suubumine;
- 3) mitraalklapp: hõlmade kirjeldus, vool süstolis ja diastolis; kui regurgitatsioon olemas, siis selle ulatus, planimeetria;
- 4) papillaarlihased: asend;
- 5) vasak vatsake: kuju 4-kambri projektsioonis, FS, EF, löögimaht, minutimaht – Teicholzi või Simpsoni järgi; seinte paksus diastolis (vahesein, tagasein);
- 6) vatsakeste vahesein: intaktsus; defekti(de) olemasolul: defekti lokaliseerimine, läbimõõt, šundi suund, gradient, Qp:Qs suhe, arvutuslik parema vatsakese rõhk;
- 7) kopsuarter: lähe; läbimõõdud: klapi tasand, tüvi, harud; Doppler-vool; DAP-i olemasolul selle läbimõõd (võimalusel kopsuarterisse suubumisel); šundivoolu suund, gradient; arvutuslik rõhk pulmonaalringes;
- 8) parem vatsake: eesseina paksus; hinnang suurusele 4-kambri projektsioonis võrreldes vasaku vatsakesega; läbimõõt diastolis;
- 9) trikuspidaalklapp: asetus; hõlmade kirjeldus; vool diastolis ja süstolis; regurgitatsiooni ulatus, gradient; arvutuslik parema vatsakese rõhk;
- 10) kodade vahesein: intaktsus; FO olemasolu; defektide olemasolul: defekti lokaliseerimine, šundi läbimõõt, suund, Qp:Qs suhe;
- 11) parem koda: suurus 4-kambri projektsioonis (2 mõõdet); õõnesveenide suubumine;
- 12) perikard;
- 13) maksaveenide täitumus.

(10) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll kantakse uuringu kokkuvõtte:

- 1) ülevaate uuringu tulemustest, sisaldades asjasse puutuvaid nii positiivseid kui ka negatiivseid leide;
- 2) kvantitatiivsed andmed;
- 3) vastused saatva arsti poolt püstitatud küsimusele;
- 4) patoloogiline leid, selle raskusaste (kerge, keskmine, raske);
- 5) võrdlus varasema leiuga, kui salvestus varasema leiuga on olemas;
- 6) arsti allkiri.

#### 4. peatükk RAKENDUSSÄTE

### § 107. Määruse jõustumine

Määrus jõustub üldises korras.

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13164054

## 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

<b>Allergia</b>	<b>Veregrupp</b>
	<b>Rh-kuuluvus</b>

<b>ESMAKORDSELT DIAGNOOSITUD HAIGUSED REGISTREERIMISE AJALISES JÄRJEKORRAS</b>
--

<b>kuupäev</b>	<b>diagnoos, haiguse kood</b>	<b>arsti nimi, eriala</b>

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

<b>IMMUNISEERIMISED</b>
-------------------------

<b>kuupäev</b>	<b>nimetus</b>

**Vaegurluse ekspertiis** (kuupäev, diagnoos)

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

## 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 v	kuulmine p

**Rahhiidi profülaktika (3 nädal)**

**Ortopeediline staatus (6-8 näd)**

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13164042

## 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”

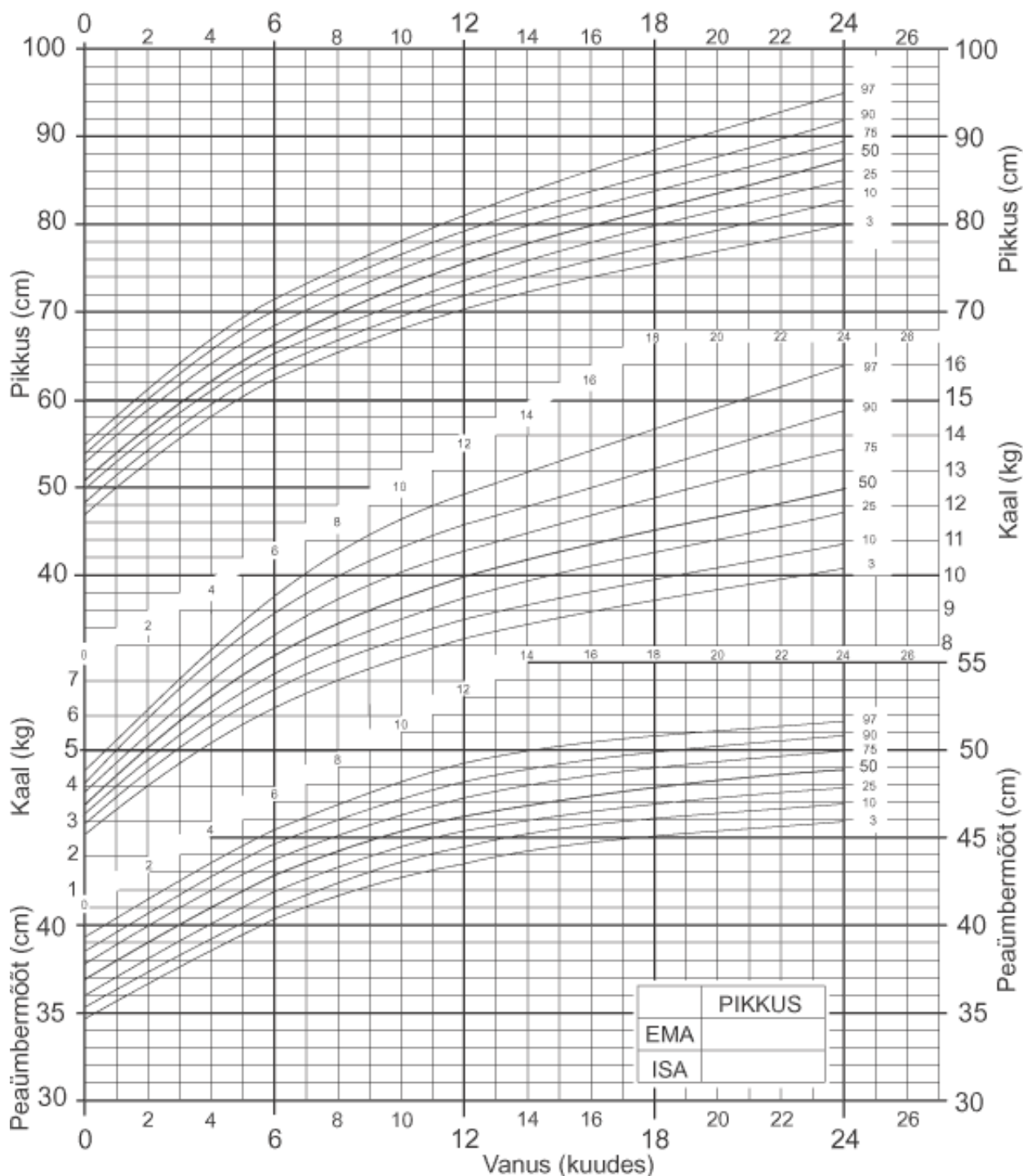
Lisa 7

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

Sünniaeg: | | | | | | | |

# Tütarlaps

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





## Lisa 8

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

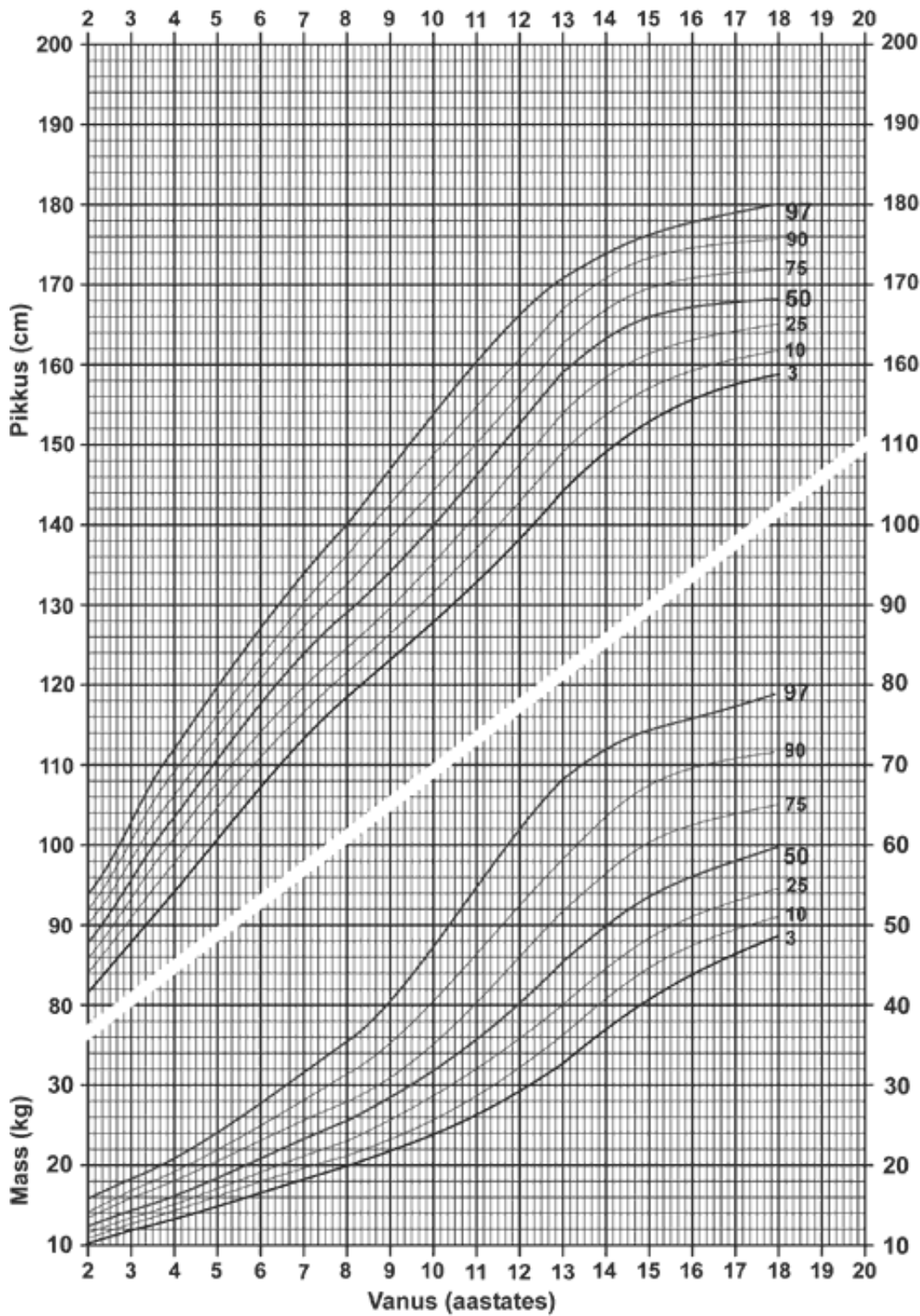
„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 8

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

Sünniaeg: | | | | | | | | | |

## Tütarlaps



Kuupäev	Pikkus

Isa pikkus cm
Ema pikkus cm

Kuupäev	Mass

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13164044

## Lisa 9

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

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

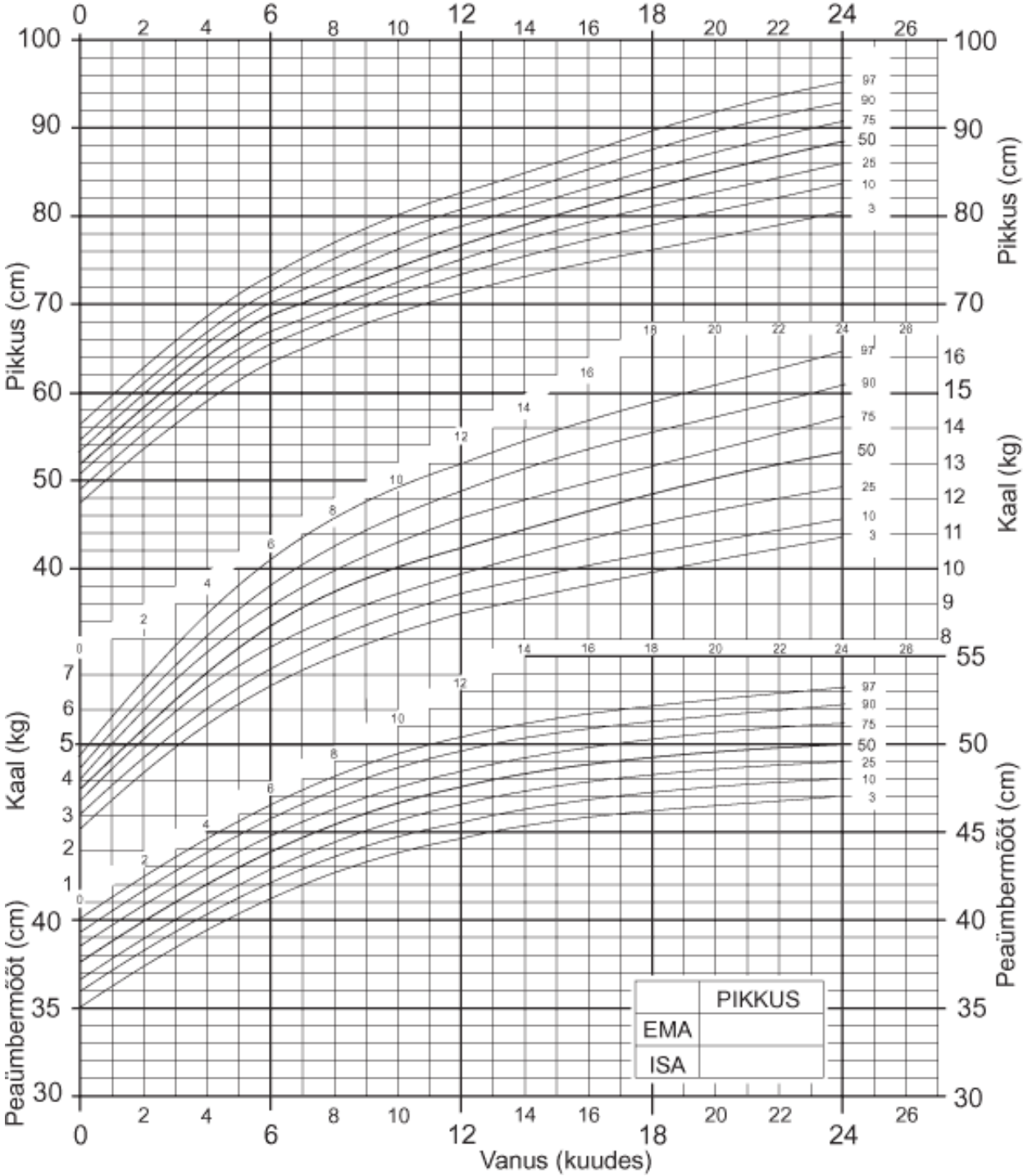
Lisa 9

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

Sünniaeg: \_\_\_\_\_

# Poeglaps

Kuupäev																						
Kaal (kg)																						
Pikkus (cm)																						
Peaübermõõt (cm)																						



## **Lisa 10**

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

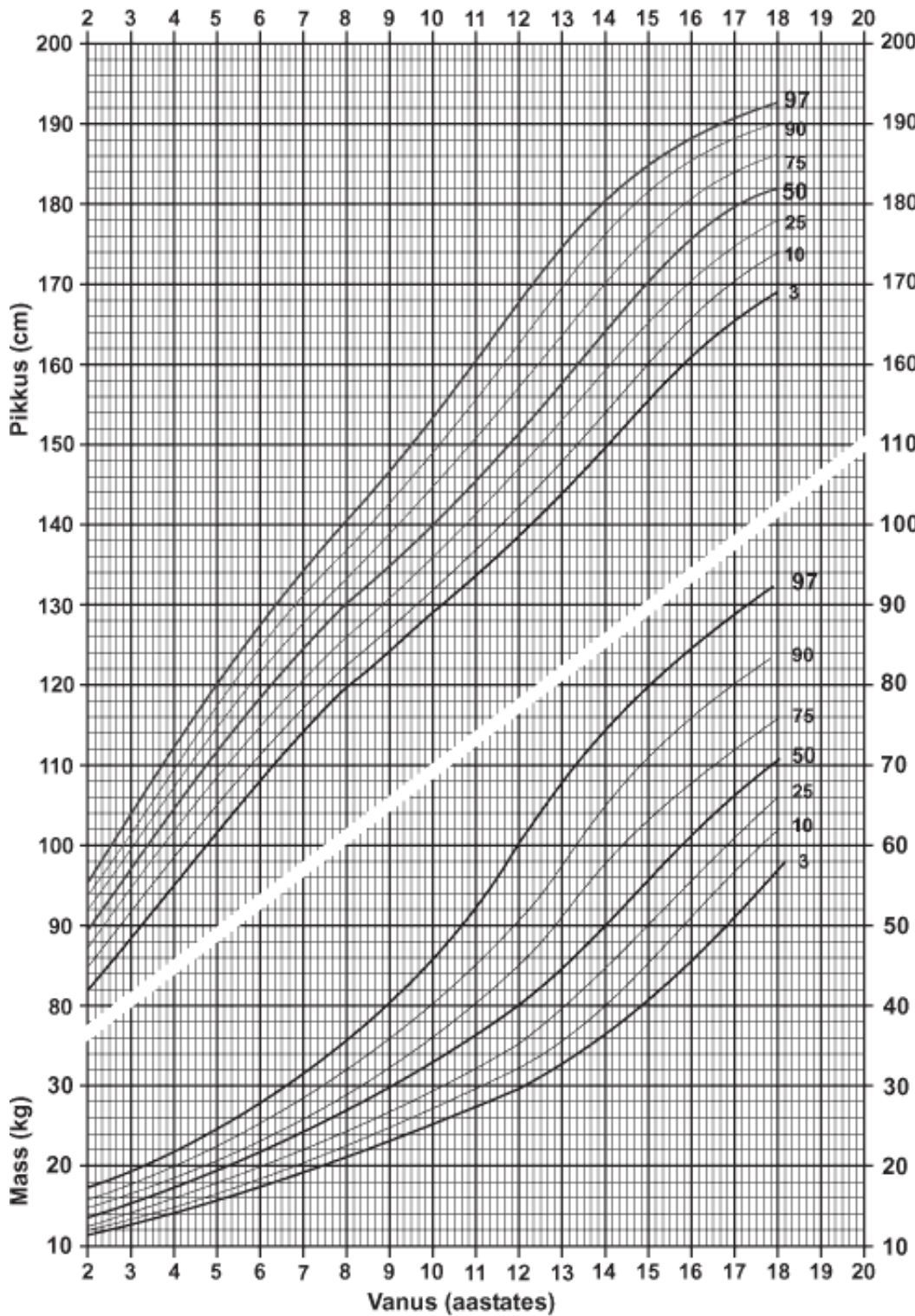
„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord”

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 \_\_\_\_\_  
Aadress \_\_\_\_\_  
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

#### Mantoux rk

#### Mitteplaanilised immuniseerimised

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. septembri 2008. määruse nr 56  
«Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentidesäilitamise tingimused ja kord»  
lisa 19  
[RTL 2009, 29,383 – jõust. 1.04.2009]

<b>Haigusloo number</b>							
<b>INTENSIIVRAVI JÄLGIMINE (TISS – <i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>)</b>							

Osakond.....

Patsiendi

Ees- ja perekonnanimi

.....

Vanus (aastates, allaaastates, alla 3 aastastel – aastates, kuudes, päevades).....

Isikukood.....

Diagnoos RHK-10.....

Dokumendi vastutaja

(ees- ja perekonnanimi, registreerimiskood, eriala)

Kuupäev							
Kellaeg							
<b>A. Hingamine</b>							
1. Aparaadihingamine intubeerituna või trahheostomeerituna üle 6 tunni	4						
2. Aparaadihingamine intubeerituna või trahheostomeerituna alla 6 tunni	2						
3. Lihasrelaksantide kasutamine	4						
4. Mitteinvasiivne ventilatsioon, kaasa arvatud	3						

CPAP ventilatsioon								
5. Erakorraline trahhea intubatsioon haigla tingimustes	3							
6. Trahheostomia 48 tunni jooksul	2							
7. Regulaarne trahhea aspiratsioon vähemalt 4 korda ööpäevas	3							
8. Intubeeritud või trahheostomeeritud patsient sporditegevuse ajal	2							
9. Trahhea kanüüli või intubatsioonitoru hooldus	1							
10. O <sub>2</sub> lisa sissehingatavas õhus, kui kasutatakse O <sub>2</sub> -maski või ninasondi	1							
11. Hingamise füsioteraapia, ravimi inhalatsioon	2							
12. Ventilatsioon kõhuli asendis	4							
13. Surfaktantravi	4							
<b>B. Hemodünaamika ja intravenoossed ravimid</b>								
14. Intraaortaalne kontrapulsatsioon jt vereringet abistavate seadmete kasutamine	4							
15. Töötav kardiosstimulaator, asünkroonsel või demand-režiimil	4							
16. Väljalülitatud olekus ajutine kardiosstimulaator	1							



17. Rohkem kui ühe vasoaktiivse või inotropse aine infusioon	4							
18. Ühe vasoaktiivse või inotropse aine infusioon	3							
19. Elektriline kardioversioon, ka nn TASS	3							
20. Antiarütmikumide püsiinfusioon	3							
21. Kiirküllastus digitaalsete preparaatidega	3							
22. Forsseeritud diureetikumide eriolukordades	3							
23. Intravenoosne ravim väljaspool regulaarseid korraldusi	3							
24. 3 ja enam antibiootikumide, antimükotikumide, viirusevastaste preparaatide	3							
25. 1 kuni 2 antibiootikumide, antimükotikumide, viirusevastaste preparaatide	1							
26. Parenteraalselt manustatud tsütostaatikumid	2							
27. Regulaarsed intravenoossed ravimid	1							
<b>C. Monitooring, kanüülid ja kateetrid</b>								
28. Kopsuarteri kateeter	4							
29. Tsentraalsed	3							

hemodünaamika monitooring								
30. Arteriaalse rõhu invasiivne monitooring	3							
31. Veregaasid, el.lüüdid jm. biokeem. anal. 4 ja enamkorda 24 tj.	3							
32. Veregaasid, el.lüüdid ja muud biokeem. anal. kuni 3 korda 24 tj.	1							
33. Tsentraalveeni kateeter, tsentraalse venoosse rõhu mõõtmiseks tsentraalveeni kateetri abil	2							
34. Kaks või enam perifeerset veenikanüüli	2							
35. Üks perifeerne veenikanüül	1							
36. Vererõhu, südame löögisageduse ja SpO <sub>2</sub> jälgimine 3h järgi	2							
37. Epiduraalkateetri kasutamine koos ravimi manustamisega	2							
38. Intensiivravi osakonnas tehtud ultraheli- ja röntgenuuringud	1							
39. Intraabdominaalse rõhu mõõtmine	3							
40. Peaaju oksügenisatsiooni ja/või biopontentsiaalide jälgimine	3							

[RTL 2009, 29,383 – jõust. 1.04.2009]

## Lisa 20

Sotsiaalministri 18. septembri 2008. määruse nr 56  
«Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentidesäilitamise tingimused ja kord»  
lisa 20

[RTL 2009, 29,383 – jõust. 1.04.2009]

<b>D. Parenteraalne toitmine, infusioonravi, elektrolüütide häired</b>								
41. Parenteraalne toitmine	3							
42. Metaboolse alkaloosi või atsidoosi ravi	2							
43. Kaaliumi infusioon üle 1 mmol/kg ööpäevas	3							
44. Intensiivravi haige vedelikubilansi arvestamine üle 1 korra ööpäevas	2							
45. Intensiivravi haige vedelikubilansi arvestamine 1 kord ööpäevas	1							
46. Enteraalne sonditoitmine	2							
47. Infusioonravi üle põhivajaduse	2							
48. Infusioonravi põhivajaduse piires	1							

<b>E. Kirurgilised protseduurid</b>								
49. Erakorralised operatsioonid, protseduurid, viimase 24 h jooksul	4							
50. Bronhoskoopia ja muud endoskoopiad, TEE	4							
51. Perikardi- ja pleuraõõne punktsioon või dreeneerimine	3							
52. Pleura ja mediastiinumi drenid	2							
53. Ortopeedilised venitused	1							
54. Korduvad sidumised	2							
55. Plaanipärased sidumised	1							
56. Lamatiste ennetamine	2							
57. Fistlite, stoomide, passiivsete haavadreenide lõputus ninghooldus	1							
58. Nasogastraalsond	1							
59. Intensiivravihaige dušš	4							
60. Kehaõõne või suure haavapinna lavaaž	2							
<b>F. Verejooksu ja hüpvoleemia ravi</b>								
61. Rõhuga transfusioon massiivse ülekande korral	4							
62. Trombotsüütide ülekanne	4							

63. Maoloputus jääkülma veega verejooksu peatamiseks	4							
64. Söögitoru tamponaad Sengstaken-Blakemore? sondiga	4							
65. Er. suspensiooni, VKP vm veretoodete ülekanne	2							
<b>G. Neuroloogia, neurokirurgia, elustamine</b>								
66. Intrakraniaalse rõhu monitooring	4							
67. Kontrollitud hüpotermia	4							
68. Elustamine eelneva 48 tunni jooksul	4							
69. Analgosedatsioon, krambivastane ravim, barbituraatnarkoos	3							
70. GKS, analgosedats. skoori (Ramsay jt) ja/või VAS-ihindamine	2							
<b>H. Muud</b>								
71. Erak. HD, HF, CVVHD või CAVHD, plasmaferees või terap. verevah.	4							
72. Krooniline dialüüs	2							
73. Peritoneaaldialüüs	4							
74. Trombolüüs	4							
75. Intravenoosne antikoagulantravi	2							

ja antiagregantravi								
76. Krooniline antikoagulantravi või süvaveeni tromboosiprofülakтика	1							
77. Haige aktiivne soojendamine või jahutamine, vastündinukuvöös	3							
78. Põie püsikateeter diureesi mõõtmisega	1							
79. Fototeraapia	1							
80. Korduvad maoloputused mürgistuste ravis	2							
81. Enneaegne vastündinukuni kolme kuu vanuseni	2							
82. Sünnikaal alla 1500 grammi kuni kolme kuu vanuseni	4							
83. Hüponatremia ravi või hüpernatremia ravi	2							
84. Väljaspool intensiivravi osakonda tehtud uuringud	3							
<b>KOKKU</b>								

[RTL 2009, 29,383 – jõust. 1.04.2009]

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13164011

## Lisa 21

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
nendokumentide säilitamise tingimused ja kord”

## 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 22

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56  
 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
 nendokumentide säilitamise tingimused ja kord”  
 Lisa 22

### SOBIVUSPROOVID

DOOSI NR	TULEMUS	KPV	DOOSI NR	TULEMUS	KPV

Sotsiaalminister  
 määrus  
 lisa 13164049

## Lisa 23

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56  
 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning  
 nendokumentide 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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> ...../...../..... Haigusloo nr.....Osakond.....											Kliiniline diagnoos/ transfusiooni põhjus ..... ..... .....

**TELLITAV VERETOODE**

Erütrotsüütide suspensioon (doosides või kogus ml).....  
 0 Rh neg.  Sobitamata  Ülekande aeg..... Op. aeg.....

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

Krüopretsipitaat (doosides).....

Trombotsüütide kontsentratsioon (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

Sobitamise

Erütroprep.

OSAKONNAS:  
Vahetult enne ülekannet

Pt. veregrupp

A B AB O

Doonori  
vere-gr.  
kontroll

Bioloogiline  
proov

Transfu-  
siooni-  
reaktsioon

Erütroprep.  
Tromboprep.

Nr.	Veretoode	Doosi nr	Erütroprep.	Doonori vere-gr. kontroll	Bioloogiline proov	Transfu- siooni- reaktsioon

Laboratoorsed testid tegi (hindas):

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

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

Arsti nimi, allkiri, kood

## 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 etikettidele märkida <b>transfusiooni eest vastutava arsti nimi ja allkiri</b>													
	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													

## Lisa 25

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



## 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 distresssündroomile. 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 rohkelt 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 sisaldunud 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 ülekanne</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

## 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"/>		
Saatediagnoos		Lahkus	<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"/> autojuhiloa <input type="checkbox"/> raha <input type="checkbox"/> kiirabi andis üle <input type="checkbox"/> tagastati					
Kaebused, anamnees					
Esiadne diagnoos <input type="text"/> : <input type="text"/> _____					
Seisund: S <sub>1</sub> ; S <sub>2</sub> ; S <sub>3</sub>	<b>Kops</b> Parem; Pubas <input type="text"/> <input type="text"/> Vasak; Pubas <input type="text"/> <input type="text"/>	Nõrgem <input type="text"/> <input type="text"/> Nõrgem <input type="text"/> <input type="text"/>	Räginad <input type="text"/> <input type="text"/> Räginad <input type="text"/> <input type="text"/>	Kiuned <input type="text"/> <input type="text"/> Kiuned <input type="text"/> <input type="text"/>	Märkused /Lisa info
<b>Teadvus</b> Selge <input type="text"/> <input type="text"/> Desorient. <input type="text"/> <input type="text"/> Äratable <input type="text"/> <input type="text"/> Koomas <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Hingamine</b> Normis <input type="text"/> <input type="text"/> Hüpervent <input type="text"/> <input type="text"/> Hüpovent <input type="text"/> <input type="text"/> Ei hingu <input type="text"/> <input type="text"/> Ei hoia hingamis- teid lahti <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Köht</b> Normis <input type="text"/> <input type="text"/> Iiveldus <input type="text"/> <input type="text"/> Perit ärr.+ <input type="text"/> <input type="text"/> Perit ärr- Välu <input type="text"/> <input type="text"/> Ülakõhus <input type="text"/> <input type="text"/> Alakõhus <input type="text"/> <input type="text"/>	Paremal <input type="text"/> <input type="text"/> Vasemal <input type="text"/> <input type="text"/> Pinges <input type="text"/> <input type="text"/> Peristalt norm <input type="text"/> <input type="text"/> Peristalt elavn. <input type="text"/> <input type="text"/> Peristalt puudub <input type="text"/> <input type="text"/> Esilevõlvunud <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Nahk</b> Normis <input type="text"/> <input type="text"/> Lööve <input type="text"/> <input type="text"/> Soe <input type="text"/> <input type="text"/> Jähe <input type="text"/> <input type="text"/> Niiske <input type="text"/> <input type="text"/> Kuiv <input type="text"/> <input type="text"/> Kahvatu <input type="text"/> <input type="text"/> Punetat <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Tcostat san hüg</b> pedikül <input type="text"/> : <input type="text"/> sügelised <input type="text"/> : <input type="text"/> pesemine üleni <input type="text"/> : <input type="text"/> osaline <input type="text"/> : <input type="text"/>
<b>Kell</b>	<b>Ravi / Korraldaja</b>				
<b>Pulss</b> frekv rütm SpO <sub>2</sub> % Vent režiim RR süstoolne RR diastoolne T°/ Diurees Faec /okse S <sub>1</sub> ; S <sub>2</sub> ; S <sub>3</sub> A <sub>NR</sub> / U <sub>NR</sub> P <sub>NR</sub> / K <sub>NR</sub> R <sub>NR</sub>					
<b>Analüüsi</b>	nimet vastus	<b>Uuring</b>	<b>Teostaja / kood, allkiri</b>	<b>Konsultatsioon / Lok leid</b>	
nimet vastus		U <sub>1</sub>			
A <sub>1</sub>					
		<b>Protseduur</b>	<b>Teostaja / kood, allkiri</b>		
		P <sub>1</sub>			
		<b>Eriala</b>	<b>Konsultant / kood, allkiri</b>		
		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="text"/> : <input type="text"/>	<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		

## Lisa 29

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

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

Lisa 29

Kiirabi: \_\_\_\_\_

# Kiirabikaart

Br / A / Nr \_\_\_\_\_

Päev \_\_\_\_\_ Kuu \_\_\_\_\_

Sündmuskoht:	Patsient:		Vanus:	Sugu:	Korraldus	keht
Kaebused: /Põhjus	Tõlgitud:	Teataja:			Väljasõit	keht
Brigaadi koosseis:					Kohal	keht
Perekonnanimi:					Lahkumine	keht
Eesnimi:					Vaba	keht
Isikukood:						
Vanus:				Sugu:		
Elukoht:						
Perearst /Polikliinik						

Kaebused, anamnees:	
Eelnev ravi ja dgn: /märkused	
Väärtesemed ja dokumendid:	

Teadvus	Parameetrid	V	Kopsuleid	P	GCS	Vigastuse põhjus	Trauma liik
selge	Hing.Fr:		norm.		Sõnade arvamine	liiklusvahend	liiklus
desorienteer.	Süst. RR		nõrgem		spontaanne	peksmine	olme
äratav	Diast.RR		rõignad		hüüele	kukkumine	töö
koomas	Pulss fr:		kiired		valule	kukkumine > 2m	vägivald
Hingamine	t°				puudub	allajahtumine	suitsiid
norm.	Glük.veres				orienteeritud	külmumine	sport
hüpervent.	SpO <sub>2</sub>				segane	uppumine	
hüpovent.	Nahk				ehusdekv.sõnad		
ei hinga	norm.				arusaamatu hääle		
Hingerristid	kuiv				puudub		
hoiab lahti	soe				Mooseriika		
ei hoia lahti	kuhvatu				tiidab käsklusi		
Pupillid	jahe				lokaliseerib valu		
norm.	niske				jäseme äratõmme		
kitsad	lõve				pinges		
laiad	Südame rütm				peritoneaalfiritus pos.		
P<V	regulaarne				peristaltika puudub		
P>V	ebaregulaarne				peristaltika elavnenud		
					esilevõlvunud		

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 <input type="checkbox"/> pt. oli sarnud <input type="checkbox"/>
	pt. hospitaliseeriti <input type="checkbox"/> pt. anti üle <input type="checkbox"/>
	sõit annuleeriti <input type="checkbox"/> muu <input type="checkbox"/>

Ravimid:	Doos	Protseduurid:
		Elustamiskaardi nr:

Tagastada:	kiirabi	Ravi kestus:	päevades	Kiirabi tegevus adekvaatne	jah <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
	andress	Tulemus:		Märkused:	
Kaart:	päev	Lõplik dgn:		Täitja:	nimi
Pt:	kuu				kuupäev

## 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>	Kaasnevad haigused					
<b>Pt asukoht</b>	<b>Pt väljakutseeelne KNS seisund</b>	<b>Kliinilise surma põhjus</b>					
kortar	Glasgow-Pitsburgi protokoll järgi	<b>Kardiaalne</b>		<b>Mittekardiaalne</b>		insult	
avalik koht	1 2 3 4 andmed puuduvad 0	südamerütmihäired		trauma		hüpoeksia	
töökoht	<b>Kliiniline surm tekkinud</b>	südameinfarkt		uppumine		verejooks	
kiirabiauto	tunnistajate juuresolekul	kopsarteri trombeemboolia		elektritrauma		allergia	
raviasutus	kiirabi brigaadi juuresolekul	muu / ei ole teada		hüpotermia		muu/ei ole teada	
mujal	tunnistajate (leiti surnuna)			mürgistus		vähelapse äkksurma sündroom	
<b>Kliinilise surma eeldatav aeg</b>		<b>Elustamist alustas</b>		<b>Elustamisel tehtud</b>		<b>Kommentaariid / hinnang</b>	
kell		juhulsiik 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>			
		asütoolia		suust suhu		combine	
Nahavärvus kahvatu tsüanootiline		vatsakeste fibrillatsioon		taskumask		kõrimask	
Teadvus ei jah		pulsita ventrikulaarne tahhükardia		hingamiskott ja mask		krikotireotomia (stoomia)	
Pupill kitsas keskmiselt lai lai		ebaeffectiivne süstol		trahhea intubatsioon		hapnik	
Omahingamine ei jah		<b>Esimene defibrillatsioon</b>		<b>Elektrokardiostimulatsioon</b>		<b>Südame massaaž</b>	
Hingamisteede refleksid ei jah		kellaeg		ei		prekordiaalne löök	
Eelnevalt juhitaval hingamisel ei jah		voltaaz (J)		nahakaadne		kaudne	
Palpeeritav puls ei jah		Defibrillatsioonide arv		söögitorusisene		otsene	
<b>Ravimite manustamise viis</b>		<b>Manustatud ravimid</b>				<b>Südame tegevuse käivitajad</b>	
intratracheaalne intrakardiaalne		adrenaliin mg		kordaroon mg		prekordiaalne löök	
perifeerne veen intraosaalne		adrenaliini algdoos mg		dopamiin µg/kg/min		esmased elustamisvõtted	
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	
ml ml		magneesiumsulfaat g		hormoon		muu	
ml ml		prokainamiid g					
<b>Elustamise tulemus</b>		<b>Hospitaliseerimine</b>		<b>Tüsistused elustamisvõtetest</b>			
taastunud spontaanne vereringe ja teadvus		aeg					
taastunud spontaanne vereringe kestvus >5min		koht					
sh surm enne hospitaliseerimist efektiivne							
<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 hoolekodusse		Elanud üle aasta ei jah			
				Surnud kuu päev			

Sotsiaalminister  
määrus  
lisa 13164058

## Lisa 31

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56

„Tervishoiuteenuseosutamise dokumenteerimise ning  
nendedokumentide säilitamise tingimused ja kord”

Lisa 31

Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_ Kood [ [ [ [ [ [ ] ] ] ] ] ]  
 Aadress \_\_\_\_\_ Postikood \_\_\_\_\_  
 Linn/Vald \_\_\_\_\_ Maakond \_\_\_\_\_

**GERIAATRIILISE SEISUNDI HINDAMISE KOKKUVÕTE**

**Patsiendi**

Ees- ja perekonnanimi \_\_\_\_\_  
 Isikukooc [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ [ ] ] ] ] ] ] ] ] ] ] ] ] Sünnaeg \_\_\_\_\_  
 Registreerimisnumber (isiku 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)	_____	_____	_____

