

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"/>	
Saatediagnoos _____				Lahkus <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 _____		Kontaktitefon _____			
Patsiendi isiklikud esemed <input type="checkbox"/> pass <input type="checkbox"/> võtmed <input type="checkbox"/> proteesid <input type="checkbox"/> haigek kaarti <input type="checkbox"/> pens. tunnistus <input type="checkbox"/> autojuubiloa <input type="checkbox"/> raha <input type="checkbox"/> kiirabi andis üle <input type="checkbox"/> tagastati					
Kaebused, anamnees _____					
Esialgne diagnoos <input type="text"/> : <input type="text"/> _____					
Seisund: S_1 ; S_2 ; S_3		Kops: Parem; Puhas <input type="checkbox"/> Vasak; Puhas <input type="checkbox"/>		Märkused /Lisa info	
Teadvus Selge <input type="checkbox"/> Desorient <input type="checkbox"/> Äratatav <input type="checkbox"/> Koomas <input type="checkbox"/>		Nõrgem <input type="checkbox"/> Nõrgem <input type="checkbox"/>		Räginad <input type="checkbox"/> Räginad <input type="checkbox"/>	
Pupillid Normis <input type="checkbox"/> Kitsad <input type="checkbox"/> Laiad <input type="checkbox"/> Diferents <input type="checkbox"/>		Normis <input type="checkbox"/> Hüpervent <input type="checkbox"/> Hüpovent <input type="checkbox"/> Ei hinga <input type="checkbox"/> Ei boia hingamis- teid lahti <input type="checkbox"/>		Kiunsed <input type="checkbox"/> Kiunsed <input type="checkbox"/>	
		Normis <input type="checkbox"/> Paremal <input type="checkbox"/> Vasemal <input type="checkbox"/> Pinges <input type="checkbox"/> Peristalt norm <input type="checkbox"/> Peristalt elavn. <input type="checkbox"/> Peristalt puudub <input type="checkbox"/> Esilevõlvunud <input type="checkbox"/>		Normis <input type="checkbox"/> Lööve <input type="checkbox"/> Soc <input type="checkbox"/> Jabe <input type="checkbox"/> Niiske <input type="checkbox"/> Kuiv <input type="checkbox"/> Kahvatu <input type="checkbox"/> Punetav <input type="checkbox"/>	
		Kõht		Nahk	
		Normis <input type="checkbox"/> liveldus <input type="checkbox"/> Perit ärr.+ <input type="checkbox"/> Perit ärr- <input type="checkbox"/> Valu <input type="checkbox"/> Ülakõhus <input type="checkbox"/> Alakõhus <input type="checkbox"/>		Tcostat san hüg pedikul <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> sügelised <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> pesemine üteni <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> osaline <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	
Kell _____			Ravi / Korraldaja _____		
Pulss _____					
frekv _____					
rütm _____					
SpO ₂ % _____					
Vent režiim _____					
RR süstoolne _____					
RR diastoolne _____					
T°/Diurees _____					
Faec /okse _____					
S_1 ; S_2 ; S_3 _____					
A_{NR} / U_{NR} _____					
P_{NR} / K_{NR} _____					
R_{NR} _____					
Analüüsi		nimet	vastus	Uuring	Teostaja / kood, allkiri
nimet		vastus		U ₁	
A ₁					
				Protseduur	Teostaja / kood, allkiri
				P ₁	
				Eriala	Konsultant / kood, allkiri
				K ₁	
Täpsustatud diagnoos <input type="text"/> : <input type="text"/> _____					
Otsus		<input type="checkbox"/> vajab hospitaliseerimist	Tulemus	<input type="checkbox"/> osakonda	Hgl nr _____
<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ei vaja hospitaliseerimist	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> teise haiglasse	
<input type="checkbox"/> vajab jälgimist				<input type="checkbox"/> koju	<input type="checkbox"/> Keeldub edasisest abist
				<input type="checkbox"/> suri	Pt allkiri _____
Arst/kood _____		Allkiri _____	Õde _____	Allkiri _____	