

| |
|---|
| Tervishoiuteenuse osutaja..... |
| Address:..... |
| Nimi:..... (arsti ees- ja perekonna nimi, ametikoht, tegevusloanumber) |
| Telefon:..... |

TERVISESEISUNDI KIRJELDAMINE

PROTOKOLL NR

2. Eesnimi.....Perekonnanimi.....

Töö- või ametikoht.....

Isikukood (selle puudumisel sünniaeg).....

Isikut tõendava dokumendi nimetus ja number.....

3. Saatekirja väljastanud asutus.....

4. Läbivaatus teostati „.....“kell.....

5. Läbivaatuse põhjus.....

6. Isiku välimus (rietus, vigastused, süstejäljed) ja käitumine.....
.....

7. Isiku teadvuseseisund ja mälu viimaste tundi sündmuste kohta
.....

8. Isiku kaebused tervise suhtes.....
.....

9. Ravimite tarvitamine isiku poolt viimase 24 tunni jooksul.....
.....

10. Vegetatiivsed reaktsioonid:

.....

pulss.....vererõhk.....

hingamissagedus: kiirenenud, aeglustunud, normis.....

11. Artikulatsioonihäired.....

.....

12. Pupillide suurus ja reaktsioon valgusele..... nüstagm.....

13. Tasakaal- ja koordinatsioon:

Rombergi asend.....

Kand-varvas kõnd sirgjoonel.....

Sõrme-nina katse.....

Täpsemad liigutused.....

14. Neuroloogiline või muu kliiniline leid.....

.....

15. Isiku ütlused narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise kohta:
narkootilise, psühhotroopse või muud sarnase toimega aine (mark).....

.....

16. Proovimaterjal lõplikuks identifitseerimiseks

väljahingatav õhk.....

bioloogilised vedelikud (veri, uriin).....

Proovimaterjal lõplikuks identifitseerimiseks:

veri

uriin

17. Lisaandmed.....

(isik keeldub ekspertiisist, segab ekspertiisi)

.....

.....

Olen teadlik arsti kohustusest anda kirjeldus ja sõltumatu hinnang vastavalt kliinilisele ja objektiivsele leiule ning oma teadmistele.

.....
(arsti allkiri)

Tutvunud tervise seisundi kirjeldamise hinnanguga.....

.....

.....

(tervise seisundi kirjeldamisele allutatud isiku taotlused ja allkiri)