

## Muutunud andmekoosseisud (lisad 3, 5, 6, 7 ja 8)

**Lisa 3** – muutunud ainult pealkiri: Saatekirja andmekoosseis *uuringule, protseduurile, analüüsile, seetõttu ka loobutud punktis 2 alatüüpide kirjeldusest.*

**Lisa 5** – täiendatakse punktiga 5.4. *Tervishoiutöötaja kontaktandmed*, kes koostavad kiirabikaarti.

### Lisa 6

*\*Digisaatekirjade projektiga seotud muudatused*

*\*Pildiviida muudatus (teistes TIS standardites tehtud standardikogumikus 7.0, saatekirjade puhul avaldatakse standardikogumikus 8.0 koos teiste saatekirja standardi muudatustega)*

*\*Patoloogia andmeploki muudatused (teistes TIS standardites tehtud standardikogumikus 7.0, saatekirjade puhul avaldatakse standardikogumikus 8.0 koos teiste saatekirja standardi muudatustega)*

*\*Täiendavad korrektuurid (p4, p5, p6.1.1 – viidud andmekoosseis vastavusse kehtiva standardiga, parandatud sõnastust)*

## Saatekiri ambulatoorsele teenusele, e-konsultatsioon

### 1. Meditsiinidokumendi andmed

- 1.1. Dokumendi number
- 1.2. Dokumendi konfidentsiaalsus
- 1.3. Dokumendi kinnitamise aeg
- 1.4. Dokumendi kehtivuse alguskuupäev
- 1.5. Dokumendi kehtivuse lõppkuupäev

### 2. Dokumendi koostaja andmed

- 2.1. Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi
- 2.2. Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number
- 2.3. Tervishoiutöötaja eriala
- 2.4. Tervishoiutöötaja kontaktandmed
- 2.5. Tervishoiuasutuse nimi
- 2.6. Tervishoiuasutuse äriregistri kood
- 2.7. Tervishoiuasutuse kontaktandmed
- 2.8. Tervishoiuasutuse aadress või konkreetse korpuse (praksise) tegevuskoha aadress

### 3. Patsiendi andmed

- 3.1. Isikukood või tundmatu isiku kood
- 3.2. Ees- ja perekonnanimi
- 3.3. Sugu
- 3.4. Sünniaeg
- 3.5. Tegelik elukoht
- 3.6. Kontaktandmed
- 3.7. Muude osaliste (eeskostja, lapsevanem) andmed
  - 3.7.1. Isikukood

- 3.7.2. Ees- ja perekonnanimi
- 3.7.3. Seos patsiendiga
- 3.8. Patsiendi kontaktisiku(-te) andmed
  - 3.8.1. Isikukood
  - 3.8.2. Ees- ja perekonnanimi
  - 3.8.3. Seos patsiendiga
  - 3.8.4. Kontaktandmed

#### 4. Anamneesi andmed

- 4.1. Anamnees
- ~~4.2. Kaebused~~
- 4.2. Teadaolevad allergiad
- 4.3. Ravimiskeem
  - 4.3.1. ATC kood ja toimeaine(-te)-nimetus(ed)
  - ~~4.4.2. Toimeaine sisaldus~~
  - 4.3.2. Toimeaine
    - 4.3.2.1. Toimeaine kood ja nimetus
    - 4.3.2.2. Toimeaine sisaldus
    - 4.3.2.3. Toimeaine mahu sisaldus
  - 4.3.3. Ravimpreparaadi nimetus
  - 4.3.4. Ravimvorm
  - ~~4.4.5. Ühekordne annus~~
  - ~~4.4.6. Manustamiskordade arv~~
  - ~~4.4.7. Annustamise vabatekstilise info~~
  - 4.3.5. Annustamine
    - 4.3.5.1. Ravikuuri tüüp
    - 4.3.5.2. Ravikuuri pikkus
    - 4.3.5.3. Ühekordne annus
    - 4.3.5.4. Manustamiskordade arv
    - 4.3.5.5. Manustamise aeg
    - 4.3.5.6. Annustamisskeemi periood
  - 4.3.6. Selgitus
  - 4.3.7. Manustamisviis
  - 4.3.8. Manustamise/~~kasutamise~~ periood
  - ~~4.4.10. Ravimi väljastamise kuupäev~~
- 4.4. Teadaolevad ravimite kõrvaltoimed
  - 4.4.1. Toimeaine ATC kood ja nimetus
  - 4.4.2. Ravimpreparaadi nimetus
  - 4.4.3. Kõrvatoime avaldumise aeg
  - 4.4.4. Avaldumismvorm

#### 5. Objektiivse leiu andmed

- 5.1. Antropomeetrilised näitajad
  - ~~5.1.1. Vanus~~
  - ~~5.1.2. Sugu~~
  - 5.1.1. Kaelaümberrõõd
    - 5.1.1.1. Mõõtmise kuupäev
    - 5.1.1.2. Tulemus
  - 5.1.2. Pikkus
    - 5.1.2.1. Mõõtmise kuupäev
    - 5.1.2.2. Tulemus
  - 5.1.3. Kehakaal
    - 5.1.3.1. Mõõtmise kuupäev

- 5.1.3.2. Tulemus
- 5.1.4. Vööübermõõt
  - 5.1.4.1. Mõõtmise kuupäev
  - 5.1.4.2. Tulemus
- 5.1.5. Kehamassi indeks
  - 5.1.5.1. Arvutamise kuupäev
  - 5.1.5.2. Tulemus
- 5.2. Organsüsteemide objektiivne hindamine
  - 5.2.1. Hindamise kuupäev
  - 5.2.2. Üldseisund
    - 5.2.2.1. Seisundi kirjeldus
  - 5.2.3. Nahk
    - 5.2.3.1. Leiu hinnang
    - 5.2.3.2. Leiu kirjeldus
  - 5.2.4. Limaskestad
    - 5.2.4.1. Leiu hinnang
    - 5.2.4.2. Leiu kirjeldus
  - 5.2.5. Lümfisüsteem
    - 5.2.5.1. Leiu hinnang
    - 5.2.5.2. Leiu kirjeldus
  - 5.2.6. Kõrva-, nina- ja neelusüsteem
    - 5.2.6.1. Leiu hinnang
    - 5.2.6.2. Leiu kirjeldus
  - 5.2.7. Kilpnääre
    - 5.2.7.1. Leiu hinnang
    - 5.2.7.2. Leiu kirjeldus
  - 5.2.8. Silma ja/või nägemise leid
    - 5.2.8.1. Leiu hinnang
    - 5.2.8.2. Nägemise leiu tulemus
      - 5.2.8.2.1. Korrigeerimata nägemisteravus
        - 5.2.8.2.1.1. Monokulaarne nägemine
          - 5.2.8.2.1.1.1. Parema silma
          - 5.2.8.2.1.1.2. Vasaku silma
        - 5.2.8.2.1.2. Binokulaarne nägemine
      - 5.2.8.2.2. Korrigeeritud nägemisteravus
        - 5.2.8.2.2.1. Monokulaarne nägemine
          - 5.2.8.2.2.1.1. Parema silma
          - 5.2.8.2.2.1.2. Vasaku silma
        - 5.2.8.2.2.2. Binokulaarne nägemine
  - 5.2.8.3. Muu leiu kirjeldus
  - 5.2.8.4. Leiu hindaja andmed
    - 5.2.8.4.1. Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi
    - 5.2.8.4.2. Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number
    - 5.2.8.4.3. Eriala
    - 5.2.8.4.4. Tervishoiuasutuse nimi
    - 5.2.8.4.5. Tervishoiuasutuse äriregistri kood
  - 5.2.9. Süda ja veresoonkond
    - 5.2.9.1. Leiu hinnang
    - 5.2.9.2. Pulss
    - 5.2.9.3. Vererõhk

- 5.2.9.3.1. Süstoolne vererõhk
  - 5.2.9.3.2. Diastoolne vererõhk
  - 5.2.9.3.3. Mõõtmiskoht
  - 5.2.9.4. Muu leiu kirjeldus
- 5.2.10. Hingamissüsteem
  - 5.2.10.1. Valju norskamise hinnang
  - 5.2.10.2. Sageda väsimuse hinnang
  - 5.2.10.3. Uneaegsete hingamisseisakute hinnang
  - 5.2.10.4. Visuaalse mandibulaarse retrognatia hinnang
  - 5.2.10.5. Leiu hinnang
  - 5.2.10.6. Leiu kirjeldus
- 5.2.11. Seedesüsteem
  - 5.2.11.1. Leiu hinnang
  - 5.2.11.2. Suu limaskesta/ suuõõne kirjeldus
  - 5.2.11.3. Hammaste kirjeldus
  - 5.2.11.4. Kõhu palpatsiooni leid
  - 5.2.11.5. Muu leiu kirjeldus
- 5.2.12. Närvisüsteem
  - 5.2.12.1. Leiu hinnang
  - 5.2.12.2. Teadvuse ja vaimsete võimete kirjeldus
  - 5.2.12.3. Meningeaalsündroomi kirjeldus
  - 5.2.12.4. Motoorika kirjeldus
  - 5.2.12.5. Naha tundlikkuse kirjeldus
  - 5.2.12.6. Tasakaalu kirjeldus
  - 5.2.12.7. Kraniaalnärvide kirjeldus
  - 5.2.12.8. Muu leiu kirjeldus
- 5.2.13. Luu-, liigese- ja lihassüsteem
  - 5.2.13.1. Leiu hinnang
  - 5.2.13.2. Lihaste kirjeldus
  - 5.2.13.3. Lihasjõu kirjeldus
  - 5.2.13.4. Liigeste kirjeldus
  - 5.2.13.5. Muu leiu kirjeldus
- 5.2.14. Rinnanäärmete leid
  - 5.2.14.1. Leiu hinnang
  - 5.2.14.2. Leiu kirjeldus
- 5.2.15. Kuse- ja suguelundid
  - 5.2.15.1. Leiu hinnang
  - 5.2.15.2. Leiu kirjeldus
- 5.2.16. Psüühiline seisund
  - 5.2.16.1. Leiu hinnang
  - 5.2.16.2. Orienteerituse kirjeldus
  - 5.2.16.3. Psüühika kirjeldus
  - 5.2.16.4. Muu leiu kirjeldus
- 5.3. Funktsioonide hindamine
  - 5.3.1. Hindamise kuupäev
  - 5.3.2. Nägemine
    - 5.3.2.1. Hinnangu kirjeldus
    - 5.3.2.2. Abivahend
    - 5.3.2.3. Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus
  - 5.3.3. Kuulmine
    - 5.3.3.1. Hinnangu kirjeldus

- 5.3.3.2. Abivahend
- 5.3.3.3. Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus
- 5.3.4. Kõne
  - 5.3.4.1. Hinnangu kirjeldus
  - 5.3.4.2. Abivahend
  - 5.3.4.3. Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus
- 5.3.5. Motoorika
  - 5.3.5.1. Hinnangu kirjeldus
  - 5.3.5.2. Abivahend
  - 5.3.5.3. Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus
- 5.3.6. Liikumine
  - 5.3.6.1. Hinnangu kirjeldus
  - 5.3.6.2. Abivahend
  - 5.3.6.3. Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus
- 5.3.7. Hingamine
  - 5.3.7.1. Hinnangu kirjeldus
  - 5.3.7.2. Abivahend
  - 5.3.7.3. Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus

## **6. Nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurid**

### **6.1. MRSA kandlus**

### **6.2. ESBL kandlus**

## **7. Kliinilise diagnoosi andmed**

### **7.1. Põhihaigus**

- 7.1.1. Diagnoosi kood ja nimetus **RHK-10 järgi**
- 7.1.2. Sõnaline (kliiniline) diagnoos
- 7.1.3. Diagnoosi statistiline liik
- 7.1.4. Patomorfoloogiline diagnoos SNOMED CT järgi
- 7.1.5. Residuaaltuumori olemasolu
- 7.1.6. Pahaloomulise kasvaja levik
  - 7.1.6.1. Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi
  - 7.1.6.2. Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi
  - 7.1.6.3. Histoloogiline diferentseerumise aste
  - 7.1.6.4. Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu

### **7.2. Põhihaiguse tüsistus**

- 7.2.1. Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi
- 7.2.2. Sõnaline (kliiniline) diagnoos

### **7.3. Kaasuv haigus**

- 7.3.1. Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi
- 7.3.2. Sõnaline (kliiniline) diagnoos
- 7.3.3. Diagnoosi statistiline liik
- 7.3.4. Patomorfoloogiline diagnoos SNOMED CT järgi
- 7.3.5. Residuaaltuumori olemasolu
- 7.3.6. Pahaloomulise kasvaja levik
  - 7.3.6.1. Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi
  - 7.3.6.2. Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi
  - 7.3.6.3. Histoloogiline diferentseerumise aste
  - 7.3.6.4. Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu

### **7.4. Välispõhjus**

- 7.4.1. Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi

## **8. Suunamise andmed**

- 8.1. Tervishoiutöötaja/ -spetsialisti ja tervishoiuasutuse andmed

- 8.1.1. Tervishoiutöötaja/ -spetsialisti ees- ja perekonnanimi
- 8.1.2. Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number
- 8.1.3. Tervishoiutöötaja eriala
- 8.1.4. Tervishoiutöötaja/ -spetsialisti kontaktandmed
- 8.1.5. Tervishoiuasutuse nimi
- 8.1.6. Tervishoiuasutuse äriregistri kood
- 8.1.7. Tervishoiuasutuse kontaktandmed
- 8.1.8. Tervishoiuasutuse aadress või konkreetse korpuse (praksise) tegevuskoha aadress
- 8.2. Teenuse kood ja nimetus
- 8.3. Soovitused broneerimiseks
- 8.4. Suunamise eesmärk
- 8.5. Suunamise tingimused
  - 8.5.1. Prioriteedi tunnus
  - 8.5.2. Prioriteedi põhjendus

## **9. Varasemate uuringute andmed**

- 9.1. Uuringute/ protseduuride andmed
  - 9.1.1. Uuringu kood ja nimetus
  - 9.1.2. Teostamise kuupäev
  - 9.1.3. Uuringu kirjeldus
  - 9.1.4. Uuringu tulemus
- 9.2. Endoskoopia uuringute andmed
  - 9.2.1. Koloskoopia uuringu andmed
    - 9.2.1.1. Uuringu kood ja nimetus EHK järgi
    - 9.2.1.2. Ravimenetluse uuringu kood ja nimetus EHK järgi
    - 9.2.1.3. Ravimenetluse kirjeldus
    - 9.2.1.4. Teostamise kuupäev
    - 9.2.1.5. Uuringu ära jäämise või katkemise põhjus
    - 9.2.1.6. Uuringu kvalitatiivsed näitajad
      - 9.2.1.6.1. Soole ettevalmistuse kvaliteet
      - 9.2.1.6.2. Umbsoolde jõudmine
      - 9.2.1.6.3. Koloskoobi väljatoomise aeg
    - 9.2.1.7. Koloskoopia uuringu leiu andmed
      - 9.2.1.7.1. Uuringu leid
      - 9.2.1.7.2. Uuringu leiu täpsustus
      - 9.2.1.7.3. Leiu paige
      - 9.2.1.7.4. Leiu paikme kirjeldus
      - 9.2.1.7.5. Polüüp
        - 9.2.1.7.5.1. Polüübi suurus
        - 9.2.1.7.5.2. Polüübi kuju
        - 9.2.1.7.5.3. Polüübi koe endoskoopiline hinnang
        - 9.2.1.7.5.4. Polüübi eemaldamise täielikkus
      - 9.2.1.7.6. Histoloogia tellimuse olemasolu
    - 9.2.1.8. Koloskoopia uuringu tüsistused
      - 9.2.1.8.1. Tüsistused
      - 9.2.1.8.2. Tüsistuse kirjeldus
- 9.3. Radioloogiliste uuringute andmed
  - 9.3.1. Uuringu kood ja nimetus EHK järgi
  - 9.3.2. Uuring meditsiiniradioloogia ja nukleaarmeditsiini protseduuride loetelu järgi
  - 9.3.3. Uuringu liik
  - 9.3.4. Uuringu teostamise aeg

- 9.3.5. Kehapiirkond
- 9.3.6. Ülesvõtte andmed
  - 9.3.6.1. Ligipääsunumber (*Accession Number*)
  - 9.3.6.2. SUID
  - 9.3.6.3. Kiirgusdoos
- 9.3.7. Uuringu kirjeldus
- 9.3.8. Uuringu tulemus
- 9.4. Patoloogia uuringute andmed
  - 9.4.1. Uuringu nimetus ja kood LOINC järgi
  - 9.4.2. Uuringu alternatiivkood ja –nimetus EHK järgi
  - ~~8.4.3. Proovimaterjali andmed~~
  - 9.4.3. Proovimaterjali võtmise aeg
  - 9.4.4. Proovimaterjali tüüp
  - 9.4.5. Uuringu paige
  - 9.4.6. Märkused
  - 9.4.7. Patomorfoloogiline kirjeldus
- 9.5. Laboratoorsete uuringute andmed
  - 9.5.1. Analüüsi kood ja nimetus LOINC järgi
  - 9.5.2. Parameetri kood ja nimetus LOINC järgi
  - 9.5.3. Referentsväärtus või otsustuspiir
  - 9.5.4. Proovimaterjali võtmise aeg
  - 9.5.5. Analüüsi tulemus
- 9.6. Operatsioonide andmed
  - 9.6.1. Operatsiooni kood ja nimetus
  - 9.6.2. Operatsiooni lisakood
  - 9.6.3. Operatsiooni kirjeldus
  - 9.6.4. Toimumise kuupäev
  - 9.6.5. Anesteesia liik
  - 9.6.6. Operatsiooni lisavahendid

## **10. Märkused**

- 10.1. Märkuste kirjeldus

**Lisa 7** – muudetakse punkti 3.3. ~~Mass surma põhjuse tuvastamisel~~ Lapse (loote) sünnimass kuni ühe kuu vanuses surnutel, sünnimassi andmete puudumisel mass surma põhjuse tuvastamisel lahangul

**Lisa 8** – muudetakse 3.3. Lapse (loote) sünnimass/ sünnimassi andmete puudumisel mass surma põhjuse tuvastamisel lahangul

## 1. SAATEKIRJA VASTUSE täitmise juhend

### Dokumendi ajalugu

| Ver. nr. | Ver. kuup  | Autor         | Muudatuste kirjeldus  |
|----------|------------|---------------|---|
| 1        | 17.12.2014 | Kerli Linna   | Juhend koostatud vastavalt saatekirja vastuse dokumendistandardile versioon 4   |
| 2        | 30.07.2015 | Katre Karik   | Juhendisse sisse viidud vastavalt standardile väikesed täpsustused  |
| 3        | 18.12.2015 | Maris Kuusik  | Juhend koostatud vastavalt saatekirja vastuse dokumendistandardile versioon 5   |
| 4        | 12.02.2016 | Egle Sepajõe  | Täpsustatud, et otsuse andmeid täidetakse vajadusel   |
| 4.1      | 28.03.2016 | Katre Karik   | Viidud sisse järgmised täiendused: <ul style="list-style-type: none"><li>• Uus koloskoopia andmeplokk;</li><li>• Laborianalüüside teostaja andmete esitamine ning proovinõu ID andmevälja kasutuse täpsustus;</li><li>• Patoloogia uuringute ja patomorfoloogilise diagnoosi täitmise täpsustused</li></ul> |
| 4.2      | 12.04.2016 | Erin Vainsalu | Lisatud e-konsultatsiooni otsuse andmeplokk   |
| 5        | 30.06.2016 | Katre Karik   | Publitseeritud vastavalt vastus saatekirjale dokumendistandardile v6.0  |
| 5.1      | 10.08.2016 | Egle Sepajõe  | Täpsustatud radioloogilise uuringu kirjelduse välja täitmist  |
| 5.2      | 18.01.2018 | Krista Kärt   | Patoloogia uuringute plokis muudetud: <ul style="list-style-type: none"><li>• Uuringu alternatiivkood ja –nimetus EHK järgi kohustuslikkust</li><li>• Lisatud uus andmeväli Patoloogia uuringu ID</li></ul>   |
| 6        | 20.06.2018 | Erin Vainsalu | Publitseeritud vastavalt vastus saatekirjale dokumendistandardile v7.0  |
| 6.1      | 09.10.2018 | Laura Keidong | Laboratoorsete uuringute plokis lisandunud : <ul style="list-style-type: none"><li>• Andmeväli „Analüüsi vastuse staatus“</li><li>• Andmeväli „Analüüsi vastuste staatuse märkus“</li><li>• Analüüsi tulemuse märkimiseks lisandunud kaks loendit „Vererühmad“ ja „Reesusvererühmad“</li></ul>              |

Saatekirja vastus koostatakse reeglina saatekirja alusel isikule tehtud uuringute/ analüüside/ konsultatsiooni vastusena. Saatekirja vastuse struktuur on loodud selliselt, et see ühilduks ka epikriisides kasutuses olevate andmete mallidega. Nimetatud võimaluse eesmärk on tagada



analüüside, uuringute jne tegijatele ühtne dokumenteerimine, sh võimalus kanda haigusloost andmeid otse kesksüsteemi edastatavatele dokumentidele.

## 1 Meditsiinidokumendi üldandmed

Meditsiinidokumendi üldandmete osa sisaldab endas dokumendi üldisi andmeid, nagu dokumendi kinnitamise aeg ja selle number. Samuti tuuakse selles osas välja dokumendile määratud ligipääsuõigused ehk konfidentsiaalsus. Meditsiinidokumendi üldandmed on kõik kohustuslikud, kuna ilma nendeta ei ole dokument TIS-is (tervise infosüsteemis) teistest dokumentidest eristatav (erandiks on haigusjuhtumi number). Dokumendi edastamiseks vajalikud andmeväljad on:

- 1) **Dokumendi number** – täidetakse TTO infosüsteemi poolt automaatselt vastavalt iga TTO dokumentide nummerdamise reeglitele. Dokumendi numbri OID näitab, millise TTO-ga on tegemist ning seega tagab OID tervise infosüsteemi tasandil numbri unikaalsuse, kui igas TTO-s on nummerdamisega unikaalsus tagatud.
- 2) **Haigusjuhtumi number** – täidetakse vajadusel TTO infosüsteemi poolt automaatselt, vastavalt TTO haigusjuhtumite nummerdamise reeglitele;
- 3) **Dokumendi konfidentsiaalsus** – määratakse kas dokument on patsiendile sh tema eestkostjale (HL7 standard: V - suletud, N – normaalne) (määrab arst), arstile (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient või tema eestkostja patsiendiportaalis) ([Konfidentsiaalsus arstile](#)) ja/või patsiendi usaldusisikule ([Patsiendi eestkostja ja usaldusisiku konfidentsiaalsus](#)) (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient patsiendiportaalis) nähtav. Kui usaldusisikule või arstile määramata, siis võetakse juurdepääs dokumendi eelmisest versioonist või eelmisest juurdepääsumuudatuse tahteavaldusest. Kui dokumendi eelmine versioon puudub, siis on vaikimisi dokument esindajale "avatud". Konfidentsiaalsus patsiendi eestkostjale ja konfidentsiaalsus arstile määratakse alternatiivkoodidena ja need ei ole kohustuslikud.
- 4) **Dokumendi kinnitamise aeg** – täidetakse üldjuhul TTO infosüsteemi poolt automaatselt lähtuvalt dokumendi kinnitamise ajahetkest kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.

## 2 Dokumendi koostaja andmed

Dokumendi koostaja andmed koosnevad dokumendi koostanud ja kinnitanud tervishoiutöötaja ning tervishoiuteenuse osutaja (TTO) andmetest. **Dokumendi koostaja andmete plokk peab olema iga dokumendi korral täidetud ning kõik andmeväljad va tervishoiutöötaja kontaktandmed, on täitmiseks kohustuslikud.** Erandina ei ole kohustuslik tervishoiutöötajast dokumendi koostaja andmed dokumendil siis, kui tegemist on laborianalüüside saatekirja vastusega. Asutuse andmed on aga siiski kohustuslik esitada.

Sõltuvalt kasutatavast infosüsteemist täidetakse dokumendi koostaja kohta tervishoiutöötaja poolt või TTO infosüsteemi andmete alusel automaatselt järgnevad andmeväljad:

- 1) **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – dokumendi koostaja ees- ja perekonnanimi;
- 2) **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – dokumendi koostaja Terviseameti registri registreerimistõendi number;
- 3) **Tervishoiutöötaja eriala** – dokumendi koostaja eriala või kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori järgi ([Erialad](#));
- 4) **Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (vajadusel) dokumendi koostaja kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;

- 5) **Tervishoiuasutuse nimi** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku nimetus;
- 6) **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – dokumendi koostaja TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
- 7) **Tervishoiuasutuse tegevusloa number** – dokumendi koostaja TTO Terviseametis registreeritud tegevusloa number;
- 8) **Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – dokumendi koostaja TTO kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 9) **Tervishoiuasutuse aadress või konkreetse korpuse/praksise tegevuskoha aadress** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse/praksise aadress järgneval kujul:
  - riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasise linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänava, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood

### 3 Patsiendi andmed

Patsiendi andmed koosnevad patsiendi nime, isikukoodi, sünniaja ja soo andmetest. Patsiendi andmete andmeplokk on täitmiseks kohustuslik, kuid sisaldab andmevälju, mida võib täita vastavalt võimalusele või vajadusele. Patsiendi kohta sisestatakse järgnevad andmed:

- 1) **Isikukood või tundmatu isiku kood** – (kohustuslik) patsiendi isikukood. Kui isikukood ei ole teada ehk tegemist on nõ tundmatu isikuga, siis sisestatakse iga TTO enda poolt koostatud reegli järgi tundmatu isiku kood, kus üldjuhul on arvestatud patsiendi umbkaudset sünniaega ja sugu. Välisriigist pärit patsiendi puhul sisestatakse üldjuhul (võimalik, et erineb sõltuvalt TTO infosüsteemist) kujul:
  - i. dokumendi, mille alusel isik tuvastatakse, välja andnud riigi 3-kohaline kood ning seejärel
  - ii. samal dokumendil olev isikut identifitseeriv kood.
- 2) **Ees- ja perekonnanimi** – (võimalusel) kui patsient on tuvastatav, siis sisestatakse patsiendi ees- ja perekonnanimi. Tundmatu isiku korral võib andmevälja jätta täitmata.
- 3) **Sugu** – (kohustuslik) patsiendi sugu hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Sugu](#)). Üldjuhul N – naine või M – mees.
- 4) **Sünniaeg** – (vajadusel) kui sünniaeg on teada, sisestatakse see kujul PP.KK.AAAA.

### 4 Suunamise andmed

Kuna saatekirja vastus on üldjuhul vastus saatekirjale, siis tuuakse sellel välja ka andmed suunaja ja saatekirja kohta. Suunamise andmeplokk ei ole täitmiseks kohustuslik, kuid kui andmeplokki täidetakse, on kohustuslikud teatud andmeväljad. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- 1) **Saatekirja andmed** – (vajadusel) sõltuvalt kasutatavast infosüsteemist sisestatakse tervishoiutöötaja poolt või täidetakse TTO infosüsteemi poolt automaatselt saatekirja andmed. Kui andmeplokki täidetakse, on kõik andmeväljad kohustuslikud:
  - i. **Saatekirja number** – saatekirja number, millega patsient ravile suunati;

ii. **Dokumendi tüüp** – saatekirja tüübi nimetus ([Dokumendi tüüp](#)).

2) **Suunaja andmed** – suunaja on tervishoiutöötaja, kes patsiendi epikriisi koostaja (raviarsti) juurde ravile saatis. Kui suunajaks on Vähi Sõeluuringute Register (VSR), siis suunaja andmeid ei täideta. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud. Patsiendi suunanud tervishoiutöötaja ja –asutuse kohta sisestatakse järgmised andmed:

- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) suunaja ees- ja perekonnanimi;
- ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – (kohustuslik) suunaja Terviseameti registri registreerimistõendi number;
- iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – (kohustuslik) suunaja eriala kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
- iv. **Tervishoiuasutuse nimi** – (kohustuslik) suunaja TTO juriidilise isiku nimetus;
- v. **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – (kohustuslik) suunaja TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
- vi. **Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – (vajadusel) suunaja TTO kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- vii. **Tervishoiuasutuse aadress** – (vajadusel) suunaja TTO juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse (praksise) aadress kujul:
  - riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasisese linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänava, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood

## 5 Uuringute/protseduuride andmed

Uuringute ja protseduuride andmeplokis tuuakse välja patsiendil antud juhtumi käigus teostatud uuringute ja protseduuride andmed, mis ei ole radioloogilised, patoloogilised, laboratoorsed uuringud (neil juhtudel kirjeldatakse tulemus eraldi andmeplokis).

- 1) **Uuringu kood ja nimetus** – (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu või protseduuri kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)). Lisaks on võimalik sisestada ka SNOMED CT järgne kood ja nimetus, mis märgitakse sel juhul alternatiivkoodina.
- 2) **Toimumise aeg** – (kohustuslik) teostatud uuringu(te) või protseduuri(de) toimumise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 3) **Uuringu kirjeldus** – (vajadusel) teostatud uuringu või protseduuri käigu ja/või tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Juhul kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamiseks seotut.
- 4) **Uuringu tulemus** – (vajadusel) vastavate uuringute hindamisel saadud tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori ([Kolposkoopia uuringu vastus](#)) alusel. Hetkel on võimalik kasutada klassifikaatorit vaid kolposkoopia uuringu tulemuste edastamiseks, teiste uuringu vastuste puhul seda välja ei kasutata.
- 5) **Uuringu teostaja andmed** – (vajadusel) uuringu(te) ja/või protseduuri(de) teostaja andmed. Kui andmeplokki täidetakse, siis kõik andmeplokis olevad andmeväljad, va eriala, on täitmiseks kohustuslikud. Uuringu teostanud tervishoiutöötaja ja –asutuse kohta sisestatakse järgmised andmed:

- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – uuringu teostaja ees- ja perekonnanimi;
- ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – uuringu teostaja Terviseameti registri registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood;
- iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – uuringu teostaja eriala või kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
- iv. **Tervishoiuasutuse nimi** – uuringu teostaja TTO juriidilise isiku nimi;
- v. **Tervishoiuasutuse äriregistri kood** – uuringu teostaja TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood.

## 6 Radioloogilise uuringu andmed

Radioloogiliste uuringute andmeplokis edastatakse juhuga seotud ehk teostatud radioloogiliste uuringute andmed. Andmeplokki täidetakse vaid juhul, kui vastuvõtu käigus teostati radioloogilisi uuringuid. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja ([Haigekassa hinnakiri](#)) alusel. Võimalik lisada üks põhikood ning selle juurde lisakoode.
- 2) **Uuring meditsiiniradioloogia ja nuklearmeditsiini protseduuride loetelu järgi** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu või protseduuri nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Radioloogiline uuring](#)).
- 3) **Uuringu liik** – (kohustuslik) lisatakse teostatud radioloogilise uuringu liik hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu liik](#)).
- 4) **Uuringu teostamise aeg** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu teostamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM. Kui uuringu käigus tehakse mitu pilti, siis esimese pildi tegemise aeg.
- 5) **Kehapiirkond** – (kohustuslik) kehapiirkond, mida uuriti, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi. Uuritavaid kehapiirkondi võib olla mitu. ([Kehapiirkond](#));
- 6) **Ülesvõtte andmed** – sisestatakse ülesvõtte täpsemad andmed:
  - i. **Accession Number** – (võimalusel) lisatakse teostatud uuringu unikaalne identifikaator ehk ligipääsunumber. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
  - ii. **SUID** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu ülesvõtte või pildiseeria unikaalne identifikaator, mis omistatakse igale radioloogilise uuringu käigus tehtud üksikpildile ja/või pildiseeriale, mis ei ole uuringu raamistikus eraldi käsitletavad. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
  - iii. **Kiirgusdoos** – (võimalusel) patsiendile suunatud radioloogilise kiirgusdoosi hulk ning ühik vabateksti väljale.
- 7) **Uuringu teostaja andmed** – (kohustuslik) kui andmeplokki täidetakse, siis kõik andmeplokis olevad andmeväljad, va eriala, on täitmiseks kohustuslikud. Uuringu teostajaid võib olla mitu. Uuringu teostanud tervishoiutöötaja või spetsialisti ning asutuse kohta sisestatakse järgmised andmed:
  - i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – uuringu teostaja ees- ja perekonnanimi;
  - ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number või isikukood** – uuringu teostaja Terviseameti registri registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood.

- iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – uuringu teostaja eriala või kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#)). Kui pildi teostaja ei ole Terviseameti registri alusel tervishoiutöötaja, siis ei ole eriala lisamine kohustuslik.
  - iv. **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – uuringu teostaja TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood (mittetulundusühingu puhul).
  - v. **Tervishoiuasutuse nimi** – uuringu teostaja TTO juriidilise isiku nimi.
- 8) **Uuringu hindamise aeg** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu hindamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM. Kui uuringul oli mitu hindajat, siis lisatakse hindamise aeg iga hindaja kohta.
- 9) **Uuringu kirjeldus** – (kohustuslik esimese kirjelduse korral) teostatud radioloogilise uuringu käigu ning ülesvõtte kirjeldus vabatekstiväljal. Mitme hindaja korral on kirjelduse lisamine kohustuslik vaid esimese hindaja puhul ning teine hindaja võib esimesega nõustudes mitte lisada enda poolset kirjeldust. Juhul, kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut. Uuringu tulemuse „normist kõrvalekallet ei esine“ korral on lubatud uuringu kirjelduse väljale dubleerida tekst „normist kõrvalekallet ei esine“.
- 10) **Uuringu tulemus** – (võimalusel) uuringute hindamisel saadud tulemus on võimalik anda hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu tulemus](#)). Tulemusi võib olla mitu, kui uuringul on rohkem kui üks hindaja. Sel juhul annab iga hindaja oma tulemuse, aga lõplikult antakse ka konsensuslik tulemus esimese hindaja poolt. Uuringu tulemus on kohustuslik üksnes sõeluuringu patsiendi mammogrammi, ultraheli ja MRT korral.
- 11) **Uuringu hindaja andmed** – (kohustuslik) radioloogilise uuringu hindajate andmed. Hindajaid võib olla rohkem kui üks. Sel juhul annab iga hindaja oma tulemuse ning vajadusel lisab ka enda poolse kirjelduse, aga lõplikult antakse ka konsensuslik tulemus esimese hindaja poolt. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad, va eriala, on täitmiseks kohustuslikud:
- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – uuringu hindaja ees- ja perekonnanimi;
  - ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – uuringu hindaja Terviseameti registri järgne registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood;
  - iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – uuringu hindaja eriala või kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
  - iv. **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – uuringu hindaja TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood;
  - v. **Tervishoiuasutuse nimi** – uuringu hindaja TTO juriidilise isiku nimi.

## 7 Laboratoorsete uuringute andmed

Laboratoorsete uuringute ehk analüüside andmeplokis tuuakse välja teostatud analüüside andmed. Andmeplokk on kohustuslik, kui viidi läbi laboratoorseid uuringuid. Patoloogia uuringud aga märgitakse eraldi andmeplokki. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Analüüsi kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud analüüsi kood ja nimetus LOINC-i järgi (kõige ajakohasem versioon klassifikaatorist asub: <http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).
- 2) **Analüüsi alternatiivkood ja -nimetus EHK järgi** – (vajadusel) sisestatakse teostatud analüüsi alternatiivkoodi ja -nimetust Haigekassa hinnakirja ([Haigekassa hinnakiri](#)) järgi.
- 3) **Parameetri kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) kui analüüsil on parameeter olemas, siis kirjeldatakse parameeter LOINC-i klassifikaatori alusel (kõige ajakohasem versioon klassifikaatorist asub: <http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>). Kui

parameeter puudub, lisatakse välja vaikimisi tehniline kood „ANA“. Analüüsi parameeter esitatakse kompleksuuringute korral ehk juhul, kui uuritakse enam kui ühte komponenti ühe analüüsi puhul (näiteks analüüs: B-CBC; Parameetrid: B-WBC, B-RBC, B-HGB jne.)

- 4) **Referentsväärtus** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi referentsväärtuste all kirjeldatakse maksimaalset üks konkreetne väärtus, mis vastab antud patsiendi vanusele, soole jm seisunditele ja näitajatele (nt proovi võtmise aeg, rasedus jne). Referentsväärtus kirjeldatakse kas arvilise vahemikuna, tulemuses kasutatava loendiga või tekstilise väärtusena (nt „korras“). Arvilisele vahemikule lisatakse ka mõõtühik. Lisaks on võimalik üle kanda referentsväärtuse tõlgendus, mis on analüüside tellimusele kaasa lisatud arsti poolt, elemendis „Referentsväärtuse tõlgendus“.
- 5) **Otsustuspiir** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi otsustuspiiri all kirjeldatakse riskide piirid. Näiteks: S-CRP-hs otsustuspiirid on: <1,0 mg/L (madal kardiovaskulaarne risk), 1,0-3,0 mg/L (keskmine risk) ja >3,0 mg/L (kõrge risk). Kirjeldatakse vaid otsustuspiir, mis vastab antud analüüsi vastusele. Otsustuspiir kirjeldatakse arvilise vahemiku või näitajaga, millele lisatakse ka mõõtühik.
- 6) **Proovimaterjali andmed** – (kohustuslik) proovinõu, proovimaterjali ja proovi võtmise andmed:
  - i. **Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM;
  - ii. **Proovinõu identifikaator** – (kohustuslik) lisatakse proovinõu unikaalne identifikaator, mis lisatakse ka proovinõule. Proovinõu identifikaatori all mõeldakse proovinõule lisavat asutuse siseselt unikaalset ID-d, mis on enamasti kombinatsioon materjali ja analüüside numbritest ning koos ribakoodiga. TTO peab vajadusel registreerima proovinõu identifikaatori OID-i Eesti E-tervise SA poolt hallatavas publitseerimiskeskuses oma OID-i puus ning vastavalt sobivale asukohale selles puus, et tagada proovinõu ID unikaalsus üle TIS-i.
  - iii. **Proovimaterjali tüüp** – (kohustuslik) proovimaterjali tüüp hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali tüüp meditsiinilaborites](#));
  - iv. **Uuringu paige** – (vajadusel) kehapiirkond, kust uuringu proovimaterjal võeti hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).
  - v. **Märkused** – (vajadusel) lisatakse proovinõuga seotud lisainfo vabatekstiväljale: nt proovinõus on dreenevadelik, operatsiooni käigus, enne või pärast haava puhastamist võetud proov (või mitmes proov). Märkused väljas on võimalik märkida ka näiteks uuringu paige, kui eelmises punktis toodud loend selle märkimiseks ei ole sobiv.
- 7) **Analüüsi vastuse staatus** – (kohustuslik) tellitud analüüsi vastuse staatus, mis määratakse vastavalt nelja staatuse seast (*completed* – tähistab kinnitatud/valideeritud analüüsi; *nullified* – tähistab kinnitatud/valideeritud analüüsi tühistamist; *aborted* – tähistab tellitud analüüsi katkestamist enne selle kinnitamist/valideerimist, tuleb kasutada ka mitte-adekvaatse proovimaterjali korral; *active* – tähistab tellitud analüüsi, mille tulemus ei ole veel selgunud).
- 8) **Analüüsi vastuse staatuse märkused** – (vajadusel) võimalik lisada vabatekstiline selgitus vastuse staatuse muutmise täpsustamiseks.
- 9) **Analüüsi tulemus** – (kohustuslik, kui proovimaterjal on adekvaatne) analüüsi tulemus kas numbriliselt, tekstiliselt või vastava uuringu tulemuse hindamise hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Kvalitatiivse uuringu vastus](#), [Mikrobioloogilise uuringu vastus](#), [Külviuuringu vastus](#), [Antibiootikumtundlikkuse uuringu vastus](#), [Vererühmad](#) või [Reesusvererühmad](#))



- 10) Analüüsi tulemuse tõlgendus** – (vajadusel) võimalik lisada vabatekstiliselt selgitus saadud tulemusele.
- 11) Proovimaterjali tagasilükkamise põhjus** – (vajadusel) laborianalüüside puhul märgitaksegi saatekirja vastusele vaid materjali adekvaatsuse osas mitteadekvaatsus ehk tagasilükkamise põhjus hetkel kehtiva klassifikaatori ([Proovimaterjali adekvaatsus](#)) alusel. Ühest proovinõust pärit materjalist tehakse mitu erinevat analüüsi, kuid adekvaatsuse hindamisel vaadeldakse proovinõus oleva materjali vastavust sealt tellitud analüüside suhtes ja hinnang antakse kõigile ühiselt.
- 12) Tulemuse hindamise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu hindamise ehk tulemuse saamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 13) Tulemuse hindaja andmed** – (võimalusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad, v.a eriala, on täitmiseks kohustuslikud (kui laboris puudub kindel tulemuse hindaja isik (näiteks, kui hindab seade), siis hindaja andmeid ei ole vajalik lisada):
- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – uuringu tulemust hinnanud tervishoiutöötaja või labori spetsialisti ees- ja perekonnanimi;
  - ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number või isikukood** – Terviseameti registri järgne registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood;
  - iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – eriala või kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
  - iv. **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood;
  - v. **Tervishoiuasutuse nimi** – TTO juriidilise isiku nimi.

## 8 Patoloogia uuringu andmed

Patoloogia uuringute andmeplokis tuuakse välja teostatud uuringute andmed koos vastustega. Andmeplokk on kohustuslik, kui viidi läbi patoloogia uuringuid. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud.

Sama uuringut võidakse teha mitu korda erinevast uuringu paikmest võetud proovimaterjali kohta ning sellisel juhul kuvatakse uuringu nimetust mitu korda koos erineva uuringu paikme, proovimaterjali ja teiste andmetega.

- 1) Uuringu kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud uuringu kood ja nimetus LOINC-i järgi (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).
- 2) Uuringu alternatiivkood ja -nimetus EHK järgi** – (võimalusel) teostatud uuringu kood ja nimetus kehtiva Haigekassa hinnakirja järgi ([Haigekassa hinnakiri](#)). Uuringu alternatiivkoode võib olla mitu.
- 3) Patoloogia uuringu ID** – (kohustuslik) on uuringule lisatav identifikaator, mille unikaalsuse tagab tervisehoiuteenuse osutaja. TTO-l on kohustus registreerida TEHIK-u OID-i puus patoloogia uuringu identifikaatori OID, et tagada patoloogia uuringu ID unikaalsus üle TIS-i.
- 4) Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 5) Proovimaterjali tüüp** – (kohustuslik) proovimaterjali tüüp hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali tüüp meditsiinilaborites](#)).
- 6) Proovimaterjali märkused** – (vajadusel) märkused proovimaterjali kohta vabatekstiväljal.
- 7) Uuringu paige** – (vajadusel) kehapiirkond, kust uuringu proovimaterjal võeti hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).

- 8) Proovimaterjali adekvaatsus** – (vajadusel) märgitakse proovimaterjali adekvaatsus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali adekvaatsus](#)). Günekotsütoloogia ja tsütoloogia uuringute korral on kohustuslik määrata, kas tegemist on adekvaatse või mitteadekvaatse proovimaterjaliga. Patohistoloogilise uuringu korral (näiteks jämesoole skriiningu raames histoloogia tellimus) materjali adekvaatsuse määramine kohustuslik ei ole.  
Ühest proovinõust pärit materjalist on võimalik teha mitu erinevat analüüsi, kuid adekvaatsuse hindamisel vaadeldakse proovinõus oleva materjali vastavust sealt tellitud analüüside suhtes ja hinnang antakse kõigile ühiselt.
- 9) Uuringu hindamise aeg** – (kohustuslik) teostatud patoloogia uuringu hindamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM. Kui uuringut hindas mitu hindajat, siis lisatakse hindamise aeg iga hindaja kohta.
- 10) Patomorfoloogiline kirjeldus** – (kohustuslik) teostatud patoloogia uuringu tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Kui vastava uuringu põhjal määratud patomorfoloogilist diagnoosi ei ole võimalik dokumenteerida vastavast klassifikaatorist ja esitada diagnooside sektsioonis, siis on võimalik lisada see kirjelduse alla. Kuna uuringul võib olla mitu hindajat, on iga uuringu kirjelduse juures viide hindaja identifikaatorile (tervishoiutöötaja kood või isikukood).
- 11) Uuringu tulemus** – (võimalusel) teatud uuringute hindamisel saadud tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#)), ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)). Ühe uuringu tulemuseks võib olla mitu vastust. Mitme hindaja puhul antakse vaid konsensuslik tulemus. Samas proovimaterjali kirjeldusi võib olla rohkem.  
Patoloogia uuringu sektsioonis dubleeritakse uuringu tulemust sellega, mis tuuakse patomorfoloogilise diagnoosi sektsioonis (patomorfoloogiline lõppdiagnoos), et siduda omavahel patoloogia uuringu ja uuringu tulemuse andmed.
- 12) Uuringu hindaja andmed** – (kohustuslik) kõik andmeplokis olevad andmeväljad, va eriala, on täitmiseks kohustuslikud:
- Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – uuringu hindaja ees- ja perekonnanimi;
  - Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – uuringu hindaja Terviseameti registri järgne registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood;
  - Tervishoiutöötaja eriala** – uuringu hindaja eriala või kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
  - Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – uuringu hindaja TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood;
  - Tervishoiuasutuse nimi** – uuringu hindaja TTO juriidilise isiku nimi.

## 9 Endoskoopia uuringu andmed

### 9.1. Koloskoopia uuringud

Koloskoopia uuringute andmeplokis tuuakse välja teostatud koloskoopia uuringute andmed koos vastustega. Andmeplokis on kohustuslik esitada andmed, kui viidi läbi koloskoopia uuringuid. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud. Seoses jämesoolevähi skriininguga kogub teatud andmeid sellest andmeplokist ka vähi sõeluuringute register:

- Uuringu nimetus ja kood EHK järgi** - (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)).
- Ravimenetluse uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (vajadusel) kui koloskoopia uuringu raames viiakse läbi täiendavaid uuringuid või protseduure, mis on Haigekassa hinnakirja loetelus kirjas eraldi teenustena, siis vajadusel on võimalik lisada need Haigekassa hinnakirja koodidena. Näiteks, kui uuringu raames eemaldatakse polüüpe,



siis on võimalik sellel andmeväljal märkida vastavad Haigekassa hinnakirjakoodid (näiteks 7596 – Endoskoopiline polüpektomia) ([Haigekassa hinnakiri](#)).

- 3) **Ravimenetluste kirjeldus** – (vajadusel) on võimalik lisada täiendav kirjeldus vabateksti väljal seoses täiendavate läbiviidud uuringute või protseduuridega – näiteks, kui hinnakirjas olev koodi nimi ei vasta tegelikule sisule, kui endoskoopiline injeksioonravi võib olla kasutatud täiendavalt koos polüübi eemaldamisega perforatsiooni riski vähendamiseks või verejooksu peatamiseks. Või kui uuringu käigus viiakse läbi ravimenetlusi, millel täna kood puudub, siis on võimalik see kirjeldada samuti ravimenetluste kirjelduse väljal (näiteks Ovesko klipsi asetamine ristikäärsooles).
- 4) **Teostamise kuupäev** – (kohustuslik) teostatud koloskoopia uuringu teostamise aeg kellaaja täpsuses kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 5) **Uuringu ära jäämise või katkestamise põhjused** – (vajadusel) juhul, kui uuringut ei olnud võimalik läbi viia või uuring katkestati on vajalik märkida selle põhjus vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([Teostamata koloskoopia põhjus](#)). Näiteks juhul, kui patsient tuli uuringu tegemiseks kohale, kuid otsustas siis ümber, et ikkagi ei soovi uuringut, siis dokumenteeritakse see vastava väärtusega ülaltoodud klassifikaatorist „patsient ei nõustunud koloskoopia uuringuga“.

Kui patsient tuli koloskoopia uuringu tegemiseks kohale, aga see jäi teostamata, siis dokumenteeritakse saatekirja vastusel vähemalt (lisaks dokumendi üldandmetele): uuringu kuupäev, uuringu kood ja nimetus Haigekassa hinnakirja järgi, uuringu ära jäämise või katkestamise põhjus ning uuringu teostaja andmed (juhul, kui need erinevad dokumendi autori andmetest).

- 6) **Uuringu kvalitatiivsed näitajad** – (võimalusel) läbi viidud uuringute puhul antakse ülevaade järgmistest uuringu teostamise käigus hinnatavatest näitajatest (ei täideta siis, kui koloskoopia jäi teostamata). Juhul, kui sektsioon täidetakse, on kõik väljad täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Soole ettevalmistuse kvaliteet** – (kohustuslik) vastavalt kehtivale klassifikaatorile määratakse, kas soole ettevalmistus uuringuks oli suurepärase, hea, rahuldav või halb ([Soole ettevalmistus](#)).
  - ii. **Umbsoolde jõudmine** – (kohustuslik) antud väljal fikseeritakse tõeväärtusena, kas uuringu käigus jõuti umbsoolde (jah või ei). Põhjus, miks umbsoolde ei jõutud, pannakse kirja uuringu kirjeldusse.
  - iii. **Koloskoobi väljatoomise aeg** – (kohustuslik) märgitakse aeg minutites täisarvuna, mis läks, et uuringu käigus koloskoopi välja tuua.
- 7) **Koloskoopia uuringu tulemus** (võimalusel) antakse andmed uuringu tulemuse kohta. Koloskoopia tulemust ei saa anda siis, kui uuring jäi mingil põhjusel ära, mis dokumenteeritakse vastavalt punktis 5 toodule. Koloskoopia uuringul võib olla mitu tulemust/leidu erineva paikmega.
  - i. **Uuringu leid** – (kohustuslik) koloskoopia uuringu tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel, näiteks „visuaalne vähkkasvaja kahtlus“ ([Koloskoopia uuringu leid](#)).
  - ii. **Uuringu leiu täpsustus** – (vajadusel) uuringu leiu täpsustus vabatekstina.
  - iii. **Leiu paige** – (võimalusel) koloskoopia leiu paige vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).
  - iv. **Leiu paikme kirjeldus** – (vajadusel) määratud leiu paikme täpsustus vabatekstina.
  - v. **Polüüp** (vajadusel) sektsioon täidetakse juhul, kui uuringu leid on määratud vastavalt klassifikaatorile "polüüp". Juhul, kui sektsioon täidetakse, on kõik väljad täitmiseks kohustuslikud:
    - **Polüübi suurus** – polüübi suurst väljendav number millimeetrites täisarvuna.

- **Polüübi kuju** – polüübi kuju iseloomustav väärtus vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks „pindmine“ ([Polüübi kuju](#)).
  - **Polüübi koe endoskoopiline hinnang** – polüübi koe hinnang vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks „visuaalselt on kude ebaselge“ ([Polüübi koe hinnang](#)).
  - **Polüübi eemaldamise täielikkus** – polüübi eemaldamise seis vastavalt kehtivale klassifikaatorile, kas „täielik eemaldamine“, „eemaldamine mittetäielikult või tükkhaaval“ või „jäi eemaldamata“ ([Polüübi eemaldamise täielikkus](#)).
- i. **Histoloogia tellimus** – (vajadusel) dokumenteeritakse iga polüübi või võetud koetüki kohta, kas selle kohta tehti histoloogia tellimus:
    - **Histoloogia tellimuse olemasolu** – (kohustuslik) tõeväärtus (jah/ei), kas uuringu leiuga seoses tehti histoloogia tellimus.
- 8) Koloskoopia uuringu tüsistused** – (vajadusel) kui koloskoopia uuringu käigus tekkis tüsistusi, siis märgitakse need uuringu tüsistuste sektsioonis.
- i. **Tüsistused** – (kohustuslik) dokumenteeritakse tüsistuse nimetus vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks verejooks ([Koloskoopia uuringu tüsistused](#)). Tüsistusi on võimalik märkida vajadusel mitu.
  - ii. **Tüsistuste kirjeldused** – (vajadusel) on võimalik vajadusel anda vabatekstiline täpsustus dokumenteeritud tüsistuste kohta.
- 9) Uuringu teostaja andmed** – (kohustuslik) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud juhul, kui uuringu teostaja erineb dokumendi autorist:
- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – uuringut teostanud töötaja ees- ja perekonnanimi;
  - ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – uuringut teostanud töötaja Terviseameti registri registreerimistõendi või spetsialisti isikukood;
  - iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – uuringut teostanud töötaja eriala või kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
  - iv. **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – uuringut teostanud TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood;
  - v. **Tervishoiuasutuse nimi** – uuringut teostanud TTO juriidilise isiku nimi.

## 10 Otsuse andmed

Otsuse andmeplokis edastatakse vajadusel tellimuse, protseduuri või uuringu teostanud tervishoiutöötaja poolne üldine tulemus kas vabatekstilise otsusena, kliinilise, lõpliku kliinilise (kinnitatud) või patomorfoloogilise (patoloogiliste uuringute korral) diagnoosina. Kui diagnoositakse pahaloormuline kasvaja, on võimalik edastada ka andmeid selle leviku iseloomustamiseks. Kui tegemist on e-konsultatsiooni saatekirja vastusega, siis edastatakse otsuse andmeplokis e-konsultatsiooni tulemus.

- 1) Otsuse kirjeldus** – (vajadusel) kirjeldatakse uuringute, protseduuride, analüüside jms üldine kokkuvõtlik tulemus (mitte ühe uuringu põhine) vabatekstiliselt ehk antakse hinnang kõigi teostatud toimingute põhisel.
- 2) Kliinilise diagnoosi andmed** – (vajadusel) edastatakse eeldatava ehk kliinilise diagnoosi andmed:
  - **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – patsiendi põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK 10-le ([RHK-10](#));
  - **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – patsiendi põhihaiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;

- **Diagnoosi statistiline liik** – patsiendi põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#)).

3) **Lõplik kliiniline diagnoos** – (vajadusel) edastatakse kinnitatud ehk lõpliku kliinilise diagnoosi andmed. Põhihaiguse ja kaasuva haiguse juurde on võimalik vajadusel märkida pahaloolumulise kasvaja andmed ning üle kanda ka patoloogi poolt määratud patomorfoloogilise diagnoosi ning selle täiendavate täpsustuste andmed:

i. **Põhihaigus** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse andmed. Teatud andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- **Diagnoosi kood ja nimetus** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK 10-le ([RHK-10](#));
- **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
- **Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#)).
- **Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)) ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#));
  - a. **Residuaaltuumori olemasolu** – (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltuumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltuumori olemasolu](#));
- **Pahaloolumulise kasvaja levik** – (vajadusel) kui patsiendil on põhihaigusena diagnoositud pahaloolumuline kasvaja, mida saab hinnata TNM klassifikatsiooni alusel ja /või mille korral saab hinnata teisi pahaloolumulise kasvaja korral uuritavaid näitajaid, siis on võimalik dokumenteerida järgmisi andmeid:
  - a. **Pahaloolumulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloolumulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloolumulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmeväljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM määramise prefiksid](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud. Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiksid;
  - b. **Pahaloolumulise kasvaja staadium TNM järgi** – (vajadusel) pahaloolumulise kasvaja staadium TNM järgi vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Pahaloolumulise kasvaja staadium](#));
  - c. **Histoloogiline diferentseerumise aste** - (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#));
  - d. **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.

ii. **Põhihaiguse tüsistus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud põhihaiguse tüsistus(ed) juhul kui need esinevad. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – põhihaiguse tüsistuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
- **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – põhihaiguse tüsistuse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;

iii. **Kaasuv haigus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud kaasuv(ad) haigus(ed), juhul kui need esinevad.

- **Diagnoosi kood ja nimetus** – patsiendi põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK 10-le ([RHK-10](#));
- **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – patsiendi põhihaiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
- **Diagnoosi statistiline liik** – patsiendi põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#)).
- **Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)) ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#));
  - a. **Residuaaltuumori olemasolu** – (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltuumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltuumori olemasolu](#));
- **Pahaloomulise kasvaja levik** – (vajadusel) kui patsiendil on kaasuva haigusena diagnoositud pahaloomuline kasvaja, mida saab hinnata TNM klassifikatsiooni alusel ja /või mille korral saab hinnata teisi pahaloomulise kasvaja korral uuritavaid näitajaid, siis on võimalik dokumenteerida järgmisi andmeid:
  - a. **Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmeväljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM prefiks](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud. Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiksids;
  - b. **Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Pahaloomulise kasvaja staadium](#));
  - c. **Histoloogiline diferentseerumise aste** – (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#));
  - d. **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.

iv. **Välispõhjus** – (vajadusel) patsiendil haigusjuhtumi raames diagnoositud haiguse välispõhjus(ed) juhul kui need esinevad. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – välispõhjuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le.

4) **Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) edastatakse patoloogi poolt määratud patomorfoloogilise diagnoosi andmed patoloogia uuringust tulenevalt:

- i. **Uuringu paige** – (kohustuslik) kehapiirkond, kust uuringu proovimaterjal võeti hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali uuringu paige](#)). Patomorfoloogilise diagnoosi andmed tuleb esitada paige-diagnoos paarina (ka juhul, kui üks ja sama diagnoos on mitmes paikmes või ühe paikme kohta kehtib mitu erinevat diagnoosi).
- ii. **Patomorfoloogiline diagnoos** – (kohustuslik) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel

([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)) ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#)). Juhul kui ei ole võimalik määrata diagnoosi loendist (patomorfoloogilise lõppdiagnoosi loendi esimeses osas publitseeritakse ainult jämesoolekriiningu diagnoosid), siis võib loenditest valitava koodi jätta täitmata ning lisada info kirjelduse välja. Patomorfoloogilise diagnoosi loend saab täies mahus valmis 2016. aasta lõpuks.

- iii. **Patomorfoloogiline kirjeldus** – (vajadusel) patoloogi poolt antud patomorfoloogiline kirjeldus vabatekstiväljal;
- iv. **Residuaaltuumori olemasolu** - (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltuumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltuumori olemasolu](#));
- v. **Pahaloomulise kasvaja levik** – (vajadusel) sisestatakse juhul, kui haigusjuhtumi jooksul diagnoositi patsiendil pahaloomuline kasvaja. Patoloogil on võimalik määrata pahaloomulise kasvaja levikut TNM-i järgi vastavalt selles osas, mis on tema pädevuses (st ei ole eeldatud, et on määratud nii T, N kui ka M).
  - **Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmepäljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM määramise prefiks](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud. Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiks;id;
  - **Histoloogiline diferentseerumise aste** – (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#)).
  - **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.

- 5) **E-konsultatsiooni vastuse liik** – (vajadusel) mis liiki tulemusega e-konsultatsioon lõppes hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([E-konsultatsiooni vastuse liik](#)). Näiteks, kas anti e-konsultatsioon, võeti patsient üle, saatekirjaga saadetud info oli ebapiisav vms.

## 11 Märkused

Märkuste andmeplokis tuuakse vajadusel välja kommentaare või märkusi teostatud toimingute kohta või antakse ka tellijale täiendavat tagasisidet.

- 1) **Märkuste kirjeldus** – (vajadusel) tuuakse vabatekstiväljal välja toetatud uuringute protseduuridega seotud vajalikud märkused kas uuringute endi kohta või täiendavaid kommentaare uuringu või protseduuri tellinud tervishoiutöötajale.



## 2. SAATEKIRI AMBULATOORSELE TEENUSELE, E- KONSULTATSIOONILE täitmise juhend

### Dokumendi ajalugu

| Ver. nr. | Ver. kuup  | Autor         | Muudatuste kirjeldus  |
|----------|------------|---------------|---|
| 1.0      | 30.06.2016 | Erin Vainsalu | Juhend koostatud vastavalt „saatekiri ambulatoorsele vastuvõtule“ ja „saatekiri e-konsultatsioonile“ dokumendistandardile v3.0  |
| 1.1      | 10.08.2016 | Egle Sepajõe  | Täpsustatud radioloogilise uuringu kirjelduse välja täitmist  |
| 1.2      | 28.02.2017 | Erin Vainsalu | Punktis 1 täpsustatud saatekirja kehtivuse määramist  |
| 1.3      | 04.10.2018 | Erin Vainsalu | <p>Patoloogia uuringute plokis muudetud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>uuringu alternatiivkood ja –nimetus EHK järgi kohustuslikkust</li> <li>andmeploki struktuuri</li> </ul> <p>Saatekirjale lisatud teadaolevate ohutegurite andmed ning muudetud ravimiskeemi andmeploki struktuuri.</p> <p>Lisaks on täpsustatud varasemate laboratoorsete uuringute plokis kahe andmevälja täitmist :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>analüüsi tulemuse märkimiseks lisatud 2 uut loendit „Vererühmad“ ja „Reesusvererühmad“</li> </ul> |

**Saatekiri** on Sotsiaalministri 18.09.2008.a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ (§ 29 lõige 1) kohaselt tervishoiuteenuse osutamise käigus tervishoiutöötaja otsuse alusel vormistatav dokument või andmete kogum, mis on aluseks patsiendi saatmisel uuringule, protseduurile, lahangule või ambulatoorset või statsionaarset tervishoiuteenust saama ning patsiendilt võetud proovimaterjali edastamisel uuringuks või analüüsiks ja patsiendi terviseandmete edastamisel e-konsultatsiooniks.

**Digisaatekiri (SK)** on riiklikule saatekirja standardile vastav digitaalne dokument. Digisaatekirja andmekoosseisu reguleerib Sotsiaalministri määrus nr 53 (17.09.2008).

Andmete tervise infosüsteemi edastamise kohustus tuleneb Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59<sup>2</sup> lõikest 1.



## 1 Meditsiinidokumendi üldandmed

Meditsiinidokumendi üldandmete osa sisaldab endas dokumendi üldisi andmeid, nagu dokumendi kinnitamise aeg ja selle number. Üldandmed sisaldavad ka dokumendi kehtivuse algus- ning lõppkuupäeva. Kehtivuse kuupäevade määramisel on oluline silmas pidada, et vastuvõtuaaja broneerimine peab toimuma saatekirja kehtivuse kuupäevade piires, visiit võib aga toimuda ka peale dokumendi kehtivuse lõppkuupäeva. Samuti tuuakse üldandmetes välja dokumendile määratud ligipääsuõigused ehk konfidentsiaalsus. Meditsiinidokumendi üldandmed on kõik kohustuslikud. Dokumendi edastamiseks vajalikud andmeväljad on:

- 5) **Dokumendi number** – täidetakse TTO infosüsteemi poolt automaatselt vastavalt iga TTO dokumentide nummerdamise reeglitele. Dokumendi numbri OID näitab, millise TTO-ga on tegemist ning seega tagab OID tervise infosüsteemi tasandil numbri unikaalsuse, kui igas TTO-s on nummerdamisega unikaalsus tagatud.
- 6) **Dokumendi konfidentsiaalsus** – määratakse kas dokument on patsiendile sh tema eestkostjale (HL7 standard: V - suletud, N – normaalne) (määrab arst), arstile (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient või tema eestkostja patsiendiportaal) ([Konfidentsiaalsus arstile](#)) ja/või patsiendi usaldusisikule ([Patsiendi eestkostja ja usaldusisiku konfidentsiaalsus](#)) (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient patsiendiportaal) nähtav. Kui usaldusisikule või arstile määramata, siis võetakse juurdepääs dokumendi eelmisest versioonist või eelmisest juurdepääsumuudatuse tahteavaldusest. Kui dokumendi eelmine versioon puudub, siis on vaikimisi dokument esindajale "avatud". Konfidentsiaalsus patsiendi eestkostjale ja konfidentsiaalsus arstile määratakse alternatiivkoodidena ja need ei ole kohustuslikud.
  - i. **Saatekirja vastuse konfidentsiaalsus** – võimaldab määrata, kas sulgeda saatekirjale vastuseks saadetakse dokument patsiendi eest. Määratakse **valid e-konsultatsiooni saatekirja** puhul. E-konsultatsiooni saatekirjal kohustuslik, vaikimis väärtus „ei“ ehk saatekirja vastuseks saadetakse dokument on patsiendile avatud.
- 7) **Dokumendi kinnitamise aeg** – täidetakse üldjuhul TTO infosüsteemi poolt automaatselt lähtuvalt dokumendi kinnitamise ajahetkest kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 8) **Dokumendi kehtivuse alguskuupäev** – saatekirja kehtivuse alguskuupäev. Saatekirja kehtivuse algus võib olla määratud ka tulevikku.
- 9) **Dokumendi kehtivuse lõppkuupäev** – saatekirja kehtivuse lõppkuupäev.

## 2 Dokumendi koostaja andmed

Dokumendi koostaja andmed koosnevad dokumendi koostanud ja kinnitanud tervishoiutöötaja ning tervishoiuteenuse osutaja (TTO) andmetest. **Dokumendi koostaja andmete plokk peab olema iga dokumendi korral täidetud ning kõik andmeväljad va tervishoiutöötaja kontaktandmed, eriala ja asutuse tegevusloa kood, on täitmiseks kohustuslikud.** Sõltuvalt kasutatavast infosüsteemist täidetakse dokumendi koostaja kohta tervishoiutöötaja poolt või TTO infosüsteemi andmete alusel automaatselt järgnevad andmeväljad:

- 10) **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – dokumendi koostaja ees- ja perekonnanimi;
- 11) **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – dokumendi koostaja Terviseameti registri registreerimistõendi number;
- 12) **Tervishoiutöötaja eriala** – (vajadusel) dokumendi koostaja eriala või kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori järgi ([Erialad](#));



- 13) Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (vajadusel) dokumendi koostaja kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 14) Tervishoiuasutuse nimi** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku nimetus;
- 15) Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – dokumendi koostaja TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
- 16) Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – dokumendi koostaja TTO kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 17) Tervishoiuasutuse aadress või konkreetse korpuse/praksise tegevuskoha aadress** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse/praksise aadress järgneval kujul:
- riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasise linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänav, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood

### 3 Patsiendi andmed

Patsiendi andmed koosnevad patsiendi, eestkostja(te) ja kontaktisiku(-te) andmetest. Patsiendi andmete andmeplokk on täitmiseks kohustuslik, kuid sisaldab andmevälju, mida võib täita vastavalt vajadusele. Patsiendi kohta sisestatakse järgnevad andmed:

- 5) Isikukood või tundmatu isiku kood** – (kohustuslik) patsiendi isikukood. Kui isikukood ei ole teada ehk tegemist on nõ tundmatu isikuga, siis sisestatakse iga TTO enda poolt koostatud reegli järgi tundmatu isiku kood, kus üldjuhul on arvestatud patsiendi umbkaudset sünniaega ja sugu. Välisriigist pärit patsiendi puhul sisestatakse üldjuhul (võimalik, et erineb sõltuvalt TTO infosüsteemist) dokumendi, mille alusel isik tuvastatakse, välja andnud riigi 3-kohaline kood ning seejärel samal dokumendil olev isikut identifitseeriv kood.
- 6) Ees- ja perekonnanimi** – (vajadusel) kui patsient on tuvastatav, siis sisestatakse patsiendi ees- ja perekonnanimi. Tundmatu isiku korral võib andmevälja jätta täitmata.
- 7) Sugu** – (kohustuslik) patsiendi sugu hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Sugu](#)). Üldjuhul N – naine või M – mees.
- 8) Sünniaeg** – (vajadusel) kui sünniaeg on teada, sisestatakse see kujul PP.KK.AAAA.
- 9) Tegelik elukoht** – (vajadusel) patsiendi elukoht ehk aadress, kus patsient üldjuhul viibib. Välisriigi isiku puhul on kohustuslik sisestada riigi kood ja EHAK-kood, kuid Eesti patsiendi puhul tuleb sisestada elukoha aadress kujul:
- riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasise linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänav, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood
- 10) Kontaktandmed** – (kohustuslik) patsiendi telefoninumber ja/või e-posti aadress.

**11) Muude osaliste (eestkostja, lapsevanem) andmed** – (vajadusel) patsiendile määratud eestkostja, lapse korral tema vanema (ema või isa) või hooldaja andmed. Kui andmeplokki täidetakse, on kõik andmeväljad kohustuslikud:

- i. **Isikukood** – muu osaleja isikukood;
- ii. **Ees- ja perekonnanimi** – muu osaleja ees- ja perekonnanimi;
- iii. **Seos patsiendiga** – patsiendi ja muu osaleja vahelise seose liik, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Osaluse liik](#)).

**12) Patsiendi kontaktisiku(-te) andmed** – (vajadusel) patsiendi haigusjuhtumi alustamisel tema kontaktisikuteks olevate isikute andmed. Vajadusel saab märkida rohkem kui ühe kontaktisiku. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- i. **Isikukood** – (vajadusel) kontaktisiku isikukood;
- ii. **Ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi;
- iii. **Seos patsiendiga** – (kohustuslik) patsiendi ja kontaktisiku vahelise seose liik hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Patsiendi kontaktisikute liigid](#)).
- iv. **Kontaktandmed** – (kohustuslik) patsiendi kontaktisiku kontaktandmed: telefoninumber ja/või e-posti aadress.

#### 4 [Anamneesi andmed](#)

Anamneesi andmed koosnevad patsiendi anamneesi, teadaolevate allergiate, ravimiskeemi ning teadaolevate ravimite kõrvaltoimete andmetest. Anamneesi andmeplokk on täitmiseks kohustuslik ning andmeplokki sisestatakse järgnevad andmed:

- 1) **Anamnees** – (kohustuslik) anamneesi kirjeldus vabatekstiväljal;
- 2) **Teadaolevad allergiad** – (vajadusel) patsiendi teadaolevate allergiate kirjeldus vabatekstiväljal;
- 3) **Ravimiskeem** – (vajadusel) kui saatekirja koostaja leiab, et teenuse osutamise seisukohalt on oluline saatekirjale lisada info patsiendi poolt tarvitatavate ravimite kohta, siis saab selle info lisada ravimiskeemi andmeplokki. Ravimite andmete sisestamisel on kohustuslik sisestada kas toimeaine(te) või ravimpreparaadi andmed. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:
  - i. **ATC kood ja nimetus** – (vajadusel) ravimi ATC kood ja nimetus ([ATC](#)). Kohustuslik sisestada kas ATC kood ja nimetus või ravimpreparaat.
  - ii. **Toimeaine** – (vajadusel) ravimi toimeaine(te) andmed, kui ravim märgitakse toimeainepõhiselt:
    - **Toimeaine kood ja nimetus** – (kohustuslik) ravimi toimeaine kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
    - **Toimeaine sisaldus** – (kohustuslik) toimeaine sisaldus ravimis, kogus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
    - **Toimeaine mahu sisaldus** – (vajadusel) vedelate (ravimvorm on sel juhul lahus, kreem, emulsioon, geel jne) ravimite puhul märgitakse toimeaine mahu sisaldus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#)) (näiteks ravim, mille ühes annuses (väli “toimeaine mahu sisaldus”) sisaldub toimeainet 100 mikrogrammi).
  - iii. **Ravimpreparaadi nimetus** – (vajadusel) Ravimiregistri poolt väljastatav ravimi pakendi nimetus, kui ravim märgitakse preparaadipõhiselt. Kohustuslik sisestada kas ATC kood ja nimetus või ravimpreparaat.
  - iv. **Ravimvorm** – (vajadusel) ravimi ravimvormi kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Ravimvormid](#)).
  - v. **Annustamine** – (vajadusel) ravimi annustamise andmed:
    - **Ravikuuri tüüp** – (kohustuslik) ravikuuri tüüp, mis iseloomustab ravimi kasutamise ajalist kestust, vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
    - **Ravikuuri pikkus** – (vajadusel) kogu ravikuuri pikkus päevades;

- **Ühekordne annus** – (kohustuslik) ravimi kogus, mida tuleb kasutada ühe kasutuskorra ajal, märgitakse ühekordne annus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Manustamiskordade arv** – (vajadusel) mitu korda intervallis tuleb ravimit kasutada, märgitakse manustamiskordade arv ajaühikus ja ajaühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Manustamise aeg** – (vajadusel) kas ravimit manustatakse hommikul, lõunal, õhtul või öösel;
  - **Annustamisskeemi periood** – (vajadusel) annustamisskeemi perioodi pikkus päevades, kui skeem on ajaliselt piiratud.
- vi. **Selgitus** – (vajadusel) dokumendi koostaja poolt lisatud täiendavad selgitused.
- vii. **Manustamisviis** – (vajadusel) ravimi manustamise viis (näit. suukaudne, intravenoosne) hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Ravimi manustamisviis](#)).
- viii. **Manustamise periood** – (vajadusel) periood, mille jooksul ravimit on kasutatud.

**4) Teadaolevad ravimite kõrvaltoimed** – (vajadusel) kui on teada, et patsiendil on varem ravimite osas kõrvaltoimeid esinenud, siis sisestatakse järgnevad andmed:

- i. **ATC kood ja nimetus** – (vajadusel) ravimi ATC kood ja nimetus ([ATC](#)). Täidetud peab olema kas toimeaine või ravimpreparaadi nimetus;
- ii. **Ravimpreparaadi nimetus** – (vajadusel) ravimpreparaadi nimetus Ravimiameti Koodikeskuses. Täidetud peab olema kas toimeaine või ravimpreparaadi nimetus;
- iii. **Kõrvaloime avaldumise aeg** – (kohustuslik) kuupäev, millal kõrvaloime avaldus;
- iv. **Avaldumisvorm** – (kohustuslik) kõrvalnähu avaldumisvormi tekstiline kirjeldus.

## 5 Objektivse leiu andmed

Objektivse leiu andmeplokis edastatakse tervishoiutöötaja poolt patsiendi antropomeetrilised näitajad, komplemise (palpatsiooni), koputlemise (perkussiooni) või kuulatlemise (auskultatsiooni) tulemusel fikseeritud objektivne leid ja leiu kirjeldused organsüsteemide kaupa ning patsiendi kehafunktsioonide hinnang. Objektivse leiu kohta on võimalik esitada järgnevad andmed:

**1) Antropomeetrilised näitajad** – (vajadusel) patsiendi pikkuse, kaalu, vööümberrõõdu ja kehamassi indeksi hindamise tulemused koos teostamise kuupäevadega.

- i. **Kaelaümberrõõd** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - **Mõõtmise kuupäev** – kaelaümberrõõdu mõõtmise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi kaelaümberrõõd reaalarvuna sentimeetrites.
- ii. **Pikkus** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - **Mõõtmise kuupäev** – pikkuse mõõtmise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi pikkus reaalarvuna sentimeetrites.
- iii. **Kehakaal** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - **Mõõtmise kuupäev** – kaalumise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi kehakaal reaalarvuna kilogrammides või grammides.
- iv. **Vööümberrõõd** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - **Mõõtmise kuupäev** – vööümberrõõdu mõõtmise kuupäev;

i. **Monokulaarne nägemisteravus** – (vajadusel) patsiendi korrigeerimata nägemisteravus üks silm avatult. Tulemus

edastatakse reaalarvuna nii **parema** kui **vasaku** silma kohta dioptries.

ii. **Binokulaarne nägemine** – (vajadusel) patsiendi korrigeerimata nägemisteravus kaks silma avatult dioptries.

b. **Korrigeeritult nägemisteravus** – korrigeeritult ehk abivahendeid (nt prille, prooviklaase) kasutades nägemisteravus (ehk *visus*) nii monokulaarselt kui binokulaarselt.

i. **Monokulaarne nägemine** – (vajadusel) patsiendi nägemisteravus korrigeeritult üks silm avatult. Tulemus edastatakse reaalarvuna nii **parema** kui **vasaku** silma kohta dioptries.

ii. **Binokulaarne nägemine** – (vajadusel) patsiendi nägemisteravus korrigeeritult kaks silma avatult dioptries.

• **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu silma ja/või nägemise leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

• **Leiu hindaja andmed** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui uuringu läbiviija erineb dokumendi autorist. Kui andmeplokki täidetakse, siis kõik andmeplokis olevad andmeväljad, va eriala, on täitmiseks kohustuslikud. Uuringu teostanud tervishoiutöötaja ja –asutuse kohta sisestatakse järgmised andmed:

a. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – hindaja ees- ja perekonnanimi;

b. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – hindaja Terviseameti registri registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood;

c. **Tervishoiutöötaja eriala** – hindaja eriala kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));

d. **Tervishoiuasutuse nimi** – hindaja TTO juriidilise isiku nimetus;

e. **Tervishoiuasutuse äriregistri kood** – hindaja TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood.

v. **Süda ja veresoonkond** – (vajadusel) südame ja veresoonkonna leid ja kirjeldus.

• **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas südame ja veresoonkonna hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).

• **Pulss** – (kohustuslik) patsiendi pulss täisarvuna ühikutes lööki/min.

• **Vererõhk** – (kohustuslik) patsiendi vererõhu kohta sisestatakse järgmised andmed:

a. **Süstoolne vererõhk** – (kohustuslik) patsiendi süstoolne vererõhk ühikutes mmHg;

b. **Diastoolne vererõhk** – (kohustuslik) patsiendi diastoolne vererõhk ühikutes mmHg;

c. **Mõõtmiskoht** – (kohustuslik) vererõhu mõõtmise koht: parem või vasak käsi.

• **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu südame ja veresoonkonna leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

vi. **Hingamissüsteem** – (vajadusel) täidetakse hingamissüsteemi puudutavad leiud ja kirjeldus.

• **Vali norskamine** – (vajadusel) märgitakse, kas patsient norskab valjult (valjemini kui tavaline kõne, või tema norskamist on kosta kõrvalruumi ka siis, kui magamistoa uks on suletud. JAH/EI väärtsus.

• **Sage väsimus** – (vajadusel) märgitakse, kas patsient tunneb end sageli mitteväljapuhana, väsinuna või unisena päeval ajal. JAH/EI väärtsus.

• **Uneaegsed hingamisseisakud** – (vajadusel) märgitakse, kas patsiendil on täheldatud uneaegseid hingamisseisakuid. JAH/EI väärtsus.

- **Visuaalne mandibulaarne retrognatia** – (vajadusel) hinnatakse välisel visuaalsel vaatlusel, kas patsiendil on alalõua distaalne asetus ehk tagumise asetsusega alalõug. JAH/EI väärtus.
- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas hingamissüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu hingamissüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**vii. Seedesüsteem** – (vajadusel) seedesüsteemi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas seedesüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Suu limaskesta/suuõõne kirjeldus** – (vajadusel) suu limaskesta/suuõõne kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Hammaste kirjeldus** – (vajadusel) hammaste kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Kõhu palpatsiooni leid** – (vajadusel) kõhu palpatsiooni leiu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu seedesüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**viii. Närvisüsteem** – (vajadusel) närvisüsteemi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas närvisüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Teadvuse ja vaimsete võimete kirjeldus** – (vajadusel) teadvuse ja vaimsete võimete kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Meningeaalsündroomi kirjeldus** – (vajadusel) meningeaaalsündroomi kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Motoorika kirjeldus** – (vajadusel) mootorika kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Naha tundlikkuse kirjeldus** – (vajadusel) naha tundlikkuse kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Tasakaalu kirjeldus** – (vajadusel) tasakaalu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Kraniaalnärvide kirjeldus** – (vajadusel) kraniaalnärvide kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu närvisüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**ix. Luu-, liigese- ja lihassüsteem** – (vajadusel) luu-, liigese- ja lihassüsteemi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas luu-, liigese- ja lihassüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Lihaste kirjeldus** – (vajadusel) lihaste kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Lihajõu kirjeldus** – (vajadusel) lihasjõu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Liigeste kirjeldus** – (vajadusel) liigeste kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu luu-, liigese- ja lihassüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**x. Psüühiline seisund** – (vajadusel) psüühilise seisundi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas psüühilise seisundi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).



- **Orienteerituse kirjeldus** – (vajadusel) orienteerituse kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Psüühika kirjeldus** – (vajadusel) psüühika kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu psüühilise seisundi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**3) Funktsioonide hindamine** – (vajadusel) alamplokis edastatakse patsiendi nägemise, kuulmise, kõne, mootorika ja liikumise hindamise tulemused koos abivahendite ning nende kasutamise vajaduse kirjeldusega. Andmeplokk ei ole täitmiseks kohustuslik, kuid kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud.

i. **Hindamise kuupäev** – (kohustuslik) patsiendi funktsioonide hindamise kuupäev.  
 ii. **Nägemine** – (vajadusel) patsiendi nägemise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) nägemise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) nägemise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) nägemise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

iii. **Kuulmine** – (vajadusel) patsiendi kuulmise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) kuulmise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) kuulmise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) kuulmise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

iv. **Kõne** – (vajadusel) patsiendi kõne hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) kõne hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) kõne abivahend vabatekstiväljal.
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) kõne abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

v. **Motoorika** – (vajadusel) patsiendi mootorika hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) mootorika hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) mootorika abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) mootorika abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

vi. **Liikumine** – (vajadusel) patsiendi liikumise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) liikumise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) liikumise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) liikumise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

vii. **Hingamine** – patsiendi hingamise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) hingamise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) hingamise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Abivahendid funktsioonide toetamiseks](#)). Hingamise abivahendid ei kajastu mootorsõidukijuhi tervisetõendi otsusel meditsiiniliste piirangutena.
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) hingamise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

## 6 Nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurite andmed

Nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurite andmeplokis edastatakse andmed ohutegurite kohta, mis võivad mõjutada patsiendi või tema ümbritsevate isikute tervist ja heaolu. Andmeplokk ning kõik selles sisalduvad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- 1) **MRSA kandlus** – (kohustuslik) info, kas patsient on metitsilliinresistentse stafülokoki (MRSA) kandja (jah/ei), et oleks võimalik tervishoiuteenuse osutaja juures rakendada vastavaid abinõusid ning valida sobivaimad ravimeetodid.
- 2) **ESBL kandlus** – (kohustuslik) info, kas patsient on laiendatud toimega beetalaktamaasi ehk ESBL-positiivse bakteri kandja (jah/ei), et oleks võimalik tervishoiuteenuse osutaja juures rakendada vastavaid abinõusid ning valida sobivaimad ravimeetodid.

## 7 Kliinilise diagnoosi andmed

Kliinilise diagnoosi andmeplokis edastatakse andmed patsiendil diagnoositud haiguste kohta. Pahaloomulise kasvaja diagnoosimise korral ka selle diagnoosiga seotud andmed. On võimalik edastada ka patoloogia uuringu alusel määratud patomorfoloogiline diagnoos ning selle andmed. Andmeplokis on teatud andmeväljad täitmiseks kohustuslikud.

- 4) **Põhihaigus** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse andmed. Teatud andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK 10-le ([RHK-10](#));
  - ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
  - iii. **Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#));
  - iv. **Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)) ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#));
    - **Residuaaltuumori olemasolu** – (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltuumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltuumori olemasolu](#));
  - v. **Pahaloomulise kasvaja levik** – (vajadusel) kui patsiendil on põhihaigusena diagnoositud pahaloomuline kasvaja, mida saab hinnata TNM klassifikatsiooni alusel ja /või mille korral saab hinnata teisi pahaloomulise kasvaja korral uuritavaid näitajaid, siis dokumenteeritakse järgmised andmed:
    - **Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmeväljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM määramise prefiksid](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud.



Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiksid;

- **Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Pahaloomulise kasvaja staadium](#));
- **Histoloogiline diferentseerumise aste** – (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#));
- **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.

**5) Põhihaiguse túsistus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud põhihaiguse túsistus(ed) juhul kui need esinevad. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – põhihaiguse túsistuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
- Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – põhihaiguse túsistuse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;

**6) Kaasuv haigus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud kaasuv(ad) haigus(ed), juhul kui need esinevad. Teatud andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud :

- Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) kaasuva haiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
- Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) kaasuva haiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
- Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi kaasuva haiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#));
- Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)), ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#));
  - **Residuaaltumori olemasolu** – (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltumori olemasolu](#));
- Pahaloomulise kasvaja levik** – (vajadusel) kui patsiendil on kaasuva haigusena diagnoositud pahaloomuline kasvaja, mida saab hinnata TNM klassifikatsiooni alusel ja /või mille korral saab hinnata teisi pahaloomulise kasvaja korral uuritavaid näitajaid, siis on võimalik dokumenteerida järgmisi andmeid:
  - **Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmeväljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM määramise prefiksid](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud. Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiksid;
  - **Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Pahaloomulise kasvaja staadium](#));
  - **Histoloogiline diferentseerumise aste** – (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#));

- **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.

**7) Välispõhjus** – (vajadusel) patsiendil haigusjuhtumi raames diagnoositud haiguse välispõhjus(ed) juhul kui need esinevad. Välispõhjuste märkimine on kohustuslik traumadiagnoosi korral. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – välispõhjuste diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#)).

## 8 Suunamise andmed

Suunamise andmeplokis edastatakse patsiendi vastuvõtule suunamiseks vajalikud andmed sõltuvalt sellest, kas patsient suunatakse konkreesse tervishoiuasutusse/tervishoiutöötaja vastuvõtule või suunatakse ta teise asutusse mingit konkreetset teenust saama. Suunamise andmeplokk on täitmiseks kohustuslik. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

**3) Tervishoiutöötaja** – tervishoiutöötaja, kelle juurde patsienti suunata soovitakse. ***Ambulatoorsele vastuvõtule suunamisel täidetakse juhul, kui soovitakse patsient suunata ühe kindla tervishoiutöötaja vastuvõtule.*** Sel juhul täidetakse järgmised andmeväljad:

- Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, ees- ja perekonnanimi;
- Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – (vajadusel) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, Terviseameti registri registreerimistõendi number;
- Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (vajadusel) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber.

***E-konsultatsiooni saatekirjal on kohustuslik määrata eriala***, kuhu patsient suunatakse. Täidetakse järgmised andmeväljad:

- Eriala** – (kohustuslik) eriala, kuhu suunatakse vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Erialad](#)).

**4) Tervishoiuasutus** – (***ambulatoorsele vastuvõtule suunamisel täidetakse vajadusel, e-konsultatsiooni saatekirjal kohustuslik***) tervishoiuasutus, kuhu patsienti suunata soovitakse. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- Tervishoiuasutuse nimi** – (kohustuslik) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, TTO juriidilise isiku nimetus;
- Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – (***ambulatoorsele vastuvõtule suunamisel täidetakse vajadusel, e-konsultatsiooni saatekirjal kohustuslik***) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
- Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- Tervishoiuasutuse aadress** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse (praksise) aadress kujul:

- riigi 3-kohaline kood
- maakonna nimi
- linna/valla/vallasisese linna nimi
- väikekoha nimi
- tänava, küla nimi
- maja number

- EHAK kood

- 5) **Teenuse kood ja nimetus** – (kohustuslik) teenus, mida patsiendile tellitakse (näiteks kardioloogi vastuvõtt). **Ambulatoorsele vastuvõtule suunamisel** määratakse loendi [Ambulatoorsed vastuvõttud](#) alusel. **E-konsultatsiooni saatekirjal** määratakse [Haigekassa hinnakirja](#) alusel teenuseks „3039 – E-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel“.
- 6) **Soovitused broneerimiseks** – (vajadusel) saatekirja koostaja poolt antud soovitused broneerimise aja, arsti või TTO kohta, kuhu pöörduda. Kasutatakse **vaid ambulatoorsele vastuvõtule suunamisel**.
- 7) **Suunamise eesmärk** – (kohustuslik) selgitus, mis eesmärgil patsient ambulatoorsele vastuvõtule suunatakse.
- 8) **Suunamise tingimused** – (kohustuslik) info suunamise kiiruse kohta.
  - i. **Prioriteedi tunnus** – (kohustuslik) kui patsiendi tervise seisundist tulenevalt on oluline, et patsient pääseks vastuvõtule esimesel võimalusel, siis prioriteedi tunnus CITO = jah. Vastasel juhul CITO = ei.
  - ii. **Prioriteedi põhjendus** – (vajadusel) prioriteedi tunnuse valiku põhjendus.

## 9 Varasemate uuringute/protseduuride andmed

Uuringute ja protseduuride andmeplokis tuuakse välja patsiendil teostatud oluliste uuringute ja protseduuride andmed. Andmeplokk täidetakse vaid juhul kui teostati uuringuid või protseduure, mis ei ole radioloogilised, patoloogilised, laboratoorsed uuringud ega operatsioonidena kajastatavad.

- 6) **Uuringu kood ja nimetus** – (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu või protseduuri kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)). Lisaks on võimalik sisestada ka SNOMED CT järgne kood ja nimetus, mis märgitakse sel juhul alternatiivkoodina.
- 7) **Teostamise kuupäev** – (kohustuslik) teostatud uuringu(te) või protseduuri(de) toimumise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 8) **Uuringu kirjeldus** – (vajadusel) teostatud uuringu või protseduuri käigu ja/või tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Juhul kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut.
- 9) **Uuringu tulemus** – (vajadusel) vastavate uuringute hindamisel saadud tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori ([Kolposkoopia uuringu vastus](#)) alusel.

## 10 Varasemate endoskoopia uuringute andmed

### 10.1 Koloskoopia uuringud

Koloskoopia uuringute andmeplokis tuuakse välja teostatud koloskoopia uuringute andmed koos vastustega. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Uuringu nimetus ja kood EHK järgi** - (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)).
- 2) **Ravimenetluse uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (vajadusel) kui koloskoopia uuringu raames viiakse läbi täiendavaid uuringuid või protseduure, siis vajadusel on võimalik lisada need Haigekassa hinnakirja koodidena. Näiteks, kui uuringu raames

eemaldatakse polüüpe, siis on võimalik sellel andmeväljal märkida vastavad Haigekassa hinnakirjakoodid (näiteks 7596 – Endoskoopiline polüpektomia) ([Haigekassa hinnakiri](#)).

- 3) **Ravimenetluste kirjeldus** – vajadusel on võimalik lisada täiendav kirjeldus vabateksti väljal seoses lisatud täiendavate läbiviidud uuringute või protseduuridega.
- 4) **Teostamise kuupäev** – (kohustuslik) teostatud koloskoopia uuringu teostamise aeg kellaaja täpsuses kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 5) **Uuringu ära jäämise või katkestamise põhjused** – (vajadusel) juhul, kui uuringut ei olnud võimalik läbi viia või uuring katkestati on vajalik märkida selle põhjus vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([Teostamata koloskoopia põhjus](#)). Näiteks juhul, kui patsient tuli uuringu tegemiseks kohale, kuid otsustas siis ümber, et ikkagi ei soovi uuringut, siis dokumenteeritakse see vastava väärtusega ülaltoodud klassifikaatorist „patsient ei nõustunud koloskoopia uuringuga“.
- 6) **Uuringu kvalitatiivsed näitajad** – (võimalusel) läbi viidud uuringute puhul antakse ülevaade järgmistest uuringu teostamise käigus hinnatavatest näitajatest. Juhul, kui sektsioon täidetakse, on kõik väljad täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Soole ettevalmistuse kvaliteet** – (kohustuslik) vastavalt kehtivale klassifikaatorile määratakse, kas soole ettevalmistus uuringuks oli suurepärase, hea, rahuldava või halb ([Soole ettevalmistus](#)).
  - ii. **Umbsoolde jõudmine** – (kohustuslik) antud väljal fikseeritakse tõeväärtusena, kas uuringu käigus jõuti umbsoolde (jah või ei). Põhjus, miks umbsoolde ei jõutud, pannakse kirja uuringu kirjeldusse.
  - iii. **Koloskoobi väljatoomise aeg** – (kohustuslik) märgitakse aeg minutites täisarvuna, mis läks, et uuringu käigus koloskoopi välja tuua.
- 7) **Koloskoopia uuringu leiu andmed** – (võimalusel) antakse andmed uuringu tulemuse kohta. Koloskoopia tulemust ei saa anda siis, kui uuring jäi mingil põhjusel ära, mis dokumenteeritakse vastavalt punktis 3 toodule. Koloskoopia uuringul võib olla uuringul mitu tulemust/leidu erineva paikmega.
  - i. **Uuringu leid** – (kohustuslik) koloskoopia uuringu tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel, näiteks „visuaalne vähkkasvaja kahtlus“ ([Koloskoopia uuringu leid](#)).
  - ii. **Uuringu leiu täpsustus** – (vajadusel) uuringu leiu täpsustus vabatekstina.
  - iii. **Leiu paige** – (võimalusel) koloskoopia leiu paige vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).
  - iv. **Leiu paikme kirjeldus** – (vajadusel) määratud leiu paikme täpsustus vabatekstina.
  - v. **Polüüp** (vajadusel) sektsioon täidetakse juhul, kui uuringu leid on määratud vastavalt klassifikaatorile "polüüp". Juhul, kui sektsioon täidetakse, on kõik väljad täitmiseks kohustuslikud:
    - **Polüübi suurus** – polüübi suurust väljendav number millimeetrites täisarvuna.
    - **Polüübi kuju** – polüübi kuju iseloomustav väärtus vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks „pindmine“ ([Polüübi kuju](#)).
    - **Polüübi koe endoskoopiline hinnang** – polüübi koe hinnang vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks „visuaalselt on kude ebaselge“ ([Polüübi koe hinnang](#)).
    - **Polüübi eemaldamise täielikkus** – polüübi eemaldamise seis vastavalt kehtivale klassifikaatorile, kas „täielik eemaldamine“, „eemaldamine mittetäielikult või tükkhaaval“ või „jäi eemaldamata“ ([Polüübi eemaldamise täielikkus](#)).
  - vi. **Histoloogia tellimus** – (vajadusel) dokumenteeritakse iga polüübi või võetud koetüki kohta, kas selle kohta tehti histoloogia tellimus:

- **Histoloogia tellimuse olemasolu** – (kohustuslik) tõeväärtus (jah/ei), kas uuringu leiuga seoses tehti histoloogia tellimus.

**8) Koloskoopia uuringu tüsistused** – (vajadusel) kui koloskoopia uuringu käigus tekkis tüsistusi, siis märgitakse need uuringu tüsistuste sektsioonis.

- Tüsistused** – (kohustuslik) dokumenteeritakse tüsistuse nimetus vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks verejooks ([Koloskoopia uuringu tüsistused](#)). Tüsistusi on võimalik märkida vajadusel mitu.
- Tüsistuste kirjeldused** – (vajadusel) on võimalik vajadusel anda vabatekstiline täpsustus dokumenteeritud tüsistuste kohta.

## 11 Varasemate radioloogiliste uuringute andmed

Radioloogiliste uuringute andmeplokis edastatakse uuringute andmed, mis on ravi kokkuvõtte seisukohalt olulise tähtsusega. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

**12) Uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja ([Haigekassa hinnakiri](#)) alusel. Võimalik lisada üks põhikood ning selle juurde lisakoode.

**13) Uuring meditsiiniradioloogia ja nukleaarmeditsiini protseduuride loetelu järgi** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu või protseduuri nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Radioloogiline uuring](#)).

**14) Uuringu liik** – (võimalusel) lisatakse teostatud radioloogilise uuringu liik hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu liik](#)).

**15) Uuringu teostamise aeg** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu teostamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM. Kui uuringu käigus tehakse mitu pilti, siis esimese pildi tegemise aeg.

**16) Kehapiirkond** – (võimalusel) kehapiirkond, mida uuriti, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi. Uuritavaid kehapiirkondi võib olla mitu ([Kehapiirkond](#));

**17) Ülesvõtte andmed** – sisestatakse ülesvõtte täpsemad andmed:

- Ligipääsunumber (Accession Number)** – (võimalusel) lisatakse teostatud uuringu unikaalne identifikaator ehk ligipääsunumber. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
- SUID** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu ülesvõtte või pildiseeria unikaalne identifikaator, mis omistatakse igale radioloogilise uuringu käigus tehtud üksikpildile ja/või pildiseeriale, mis ei ole uuringu raamistikus eraldi käsitletavad. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
- Kiirgusdoos** – (võimalusel) patsiendile suunatud radioloogilise kiirgusdoosi hulk ning ühik vabateksti väljale.

**18) Uuringu kirjeldus** – (kohustuslik esimese kirjelduse korral) teostatud radioloogilise uuringu käigu ning ülesvõtte kirjeldus vabatekstiväljal. Mitme hindaja korral on kirjelduse lisamine kohustuslik vaid esimese hindaja puhul ning teine hindaja võib esimesega nõustudes mitte lisada enda poolset kirjeldust. Juhul, kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut. Uuringu tulemuse „normist kõrvalekallet ei esine“ korral on lubatud uuringu kirjelduse väljale dubleerida tekst „normist kõrvalekallet ei esine“.

**19) Uuringu tulemus** – (võimalusel) uuringute hindamisel saadud tulemus on võimalik anda hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu tulemus](#)). Tulemusi võib olla mitu, kui uuringul on rohkem kui üks hindaja. Sel juhul annab iga hindaja oma tulemuse, aga lõplikult antakse ka konsensuslik tulemus esimese hindaja poolt. Uuringu tulemus on kohustuslik üksnes sõeluuringu patsiendi mammogrammi, ultraheli ja MRT korral.

## 12 Varasemate patoloogia uuringute andmed

Patoloogia uuringute andmeplokis tuuakse välja teostatud uuringute andmed koos vastustega. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

**13) Uuringu kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud uuringu kood ja nimetus LOINC-i järgi (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).

**14) Uuringu alternatiivkood ja -nimetus EHK järgi** – (võimalusel) teostatud uuringu kood ja nimetus kehtiva Haigekassa hinnakirja järgi ([Haigekassa hinnakiri](#)). Uuringu alternatiivkoode võib olla mitu.

**15) Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.

**16) Proovimaterjali tüüp** – (kohustuslik) proovimaterjali tüüp hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali tüüp meditsiinilaborites](#)).

**17) Uuringu paige** – (kohustuslik) kehapiirkond, kust uuringu proovimaterjal võeti hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).

**18) Märkused** – (vajadusel) märkused proovimaterjali kohta vabatekstiväljal.

**19) Patomorfoloogiline kirjeldus** – (kohustuslik) teostatud patoloogia uuringu tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Juhul kui vastava uuringu põhjal määratud patomorfoloogilist diagnoosi saab dokumenteerida vastavast klassifikaatorist, siis esitatakse see diagnooside sektsioonis ning eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Kuna uuringul võib olla mitu hindajat, on iga uuringu kirjelduse juures viide hindaja identifikaatorile (tervishoiutöötaja kood või isikukood).

## 13 Varasemate laboratoorsete uuringute andmed

Laboratoorsete uuringute ehk analüüside andmeplokis tuuakse välja antud ravijuhtumi vaatest olulisemate teostatud analüüside andmed. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

**14) Analüüsi kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud analüüsi kood ja nimetus LOINC-i järgi (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).

**15) Parameetri kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) kui analüüsil on parameeter olemas, siis kirjeldatakse parameeter LOINC-i klassifikaatori alusel (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>). Kui parameeter puudub, lisatakse välja vaikimisi tehniline kood „ANA“. Analüüsi parameeter esitatakse kompleksuuringute korral ehk juhul, kui uuritakse enam kui ühte komponenti ühe analüüsi puhul (näiteks analüüs: B-CBC; Parameetrid: B-WBC, B-RBC, B-HGB jne).

**16) Referentsväärtus** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi referentsväärtuste all kirjeldatakse maksimaalset üks konkreetne väärtus, mis vastab antud patsiendi vanusele, soole jm seisunditele ja näitajatele (nt proovi võtmise aeg, rasedus jne). Referentsväärtus kirjeldatakse kas arvulise vahemikuna, tulemuses kasutatava loendiga või tekstilise väärtusena (nt „korras“). Arvulisele vahemikule lisatakse ka mõõtühik. Lisaks on võimalik üle kanda



referentsväärtuse tõlgendus, mis on analüüside tellimusele kaasa lisatud arsti poolt, elemendis „Referentsväärtuse tõlgendus“.

- 17) Otsustuspiir** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi otsustuspiiri all kirjeldatakse riskide piirid. Näiteks: S-CRP-hs otsustuspiirid on: <1,0 mg/L (madal kardiovaskulaarne risk), 1,0-3,0 mg/L (keskmine risk) ja >3,0 mg/L (kõrge risk). Kirjeldatakse vaid otsustuspiir, mis vastab antud analüüsi vastusele. Otsustuspiir kirjeldatakse arvulise vahemiku või näitajaga, millele lisatakse ka mõõtühik.
- 18) Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 19) Analüüsi tulemus** – (kohustuslik) analüüsi tulemus kas numbriliselt, tekstiliselt või vastava uuringu tulemuse hindamise hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Kvalitatiivse uuringu vastus](#), [Külviuuringu vastus](#), [Mikrobioloogilise uuringu vastus](#), [Antibiootikumtundlikkuse uuringu vastus](#), [Vererühmad](#) või [Reesusvererühmad](#)).

#### 14 Varasemate operatsioonide andmed

Operatsioonide andmeplokis tuuakse välja patsiendil teostatud operatsioonide andmed. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) Operatsiooni kood ja nimetus** – (kohustuslik) operatsiooni kood ja nimetus NOMESCO kirurgiliste protseduuride klassifikatsiooni (NCSP) alusel ([NCSP](#));
- 2) Operatsiooni lisakood** – (vajadusel) lisaks NCSP põhikoodile on võimalik juurde lisada täpsustavaid koode Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#));
- 3) Operatsiooni kirjeldus** – (kohustuslik) operatsiooni käigu ja tegevuste kirjeldus vabatekstiväljal;
- 4) Toimumise kuupäev** – (kohustuslik) operatsiooni läbiviimise kuupäev kujul PP.KK.AAAA;
- 5) Anesteesia liik** – (vajadusel) anesteesia liigi kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Anesteesia liigid](#));
- 6) Operatsiooni lisavahendid** – (vajadusel) operatsiooni käigus kasutatud lisavahendi(te) Haigekassa hinnakirja kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel juhul, kui operatsiooni käigus lisavahendeid kasutati ([EHK 2008a. hinnakirja meditsiiniseadmed](#));

#### 15 Märkused

Märkuste andmeplokis tuuakse vajadusel välja kommentaare või märkusi teostatud toimingute kohta või antakse saatekirja saajale täiendavat informatsiooni.

- 2) Märkuste kirjeldus** – (vajadusel) tuuakse vabatekstiväljal välja teostatud uuringute protseduuridega seotud vajalikud märkused kas uuringute endi kohta või täiendavat infot, mis võib saatekirja vastuvõtjale vajalikuks osutuda. Võimaldab ka lisada juhised patsiendile: soovitusliku pöördumise aja, kuidas enne vastuvõttule minekut ennast ette valmistada jms.

### 3. SAATEKIRI ÕENDUSABITEENUSELE (koduõendusabiteenus, iseseisev statsionaarne õendusabi) täitmise juhend

#### Dokumendi ajalugu

| Ver. nr. | Ver. kuup  | Autor         | Muudatuste kirjeldus                           |
|----------|------------|---------------|--|
| 0.1      | 21.02.2017 | Terje Lasn    | Esialgne versioon                              |
| 0.2      | 02.10.2018 | Erin Vainsalu | Täiendatud vastavalt dokumendistandardile v1.0 |
|          |            |               |  |
|          |            |               |  |

**Saatekiri** on Sotsiaalministri 18.09.2008.a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ (§ 29 lõige 1) kohaselt tervishoiuteenuse osutamise käigus tervishoiutöötaja otsuse alusel vormistatav dokument või andmete kogum, mis on aluseks patsiendi saatmisel uuringule, protseduurile, lahangule või ambulatoorset või statsionaarset tervishoiuteenust saama ning patsiendilt võetud proovimaterjali edastamisel uuringuks või analüüsiks ja patsiendi terviseandmete edastamisel e-konsultatsiooniks.

**Digisaatekiri (SK)** on riiklikule saatekirja standardile vastav digitaalne dokument. Digisaatekirja andmekoosseisu reguleerib Sotsiaalministri määrus nr 53 (17.09.2008).

Andmete tervise infosüsteemi edastamise kohustus tuleneb Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59<sup>2</sup> lõikest 1.

#### 1 Meditsiinidokumendi üldandmed

Meditsiinidokumendi üldandmete osa sisaldab endas dokumendi üldisi andmeid, nagu dokumendi kinnitamise aeg ja selle number. Samuti tuuakse selles osas välja dokumendile määratud ligipääsuõigused ehk konfidentsiaalsus. **Meditsiinidokumendi üldandmed on kõik kohustuslikud.** Dokumendi edastamiseks vajalikud andmeväljad on:

- 1) **Dokumendi number** – täidetakse TTO infosüsteemi poolt automaatselt vastavalt iga TTO dokumentide nummerdamise reeglitele. Dokumendi numbri OID näitab, millise TTO-ga on tegemist ning seega tagab OID tervise infosüsteemi tasandil numbri unikaalsuse, kui igas TTO-s on nummerdamisega unikaalsus tagatud.
- 2) **Dokumendi konfidentsiaalsus** – määratakse kas dokument on patsiendile sh tema eestkostjale (HL7 standard: V - suletud, N – normaalne) (määrab arst), arstile (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient või tema eestkostja patsiendiportaal) ([Konfidentsiaalsus arstile](#)) ja/või patsiendi usaldusisikule ([Patsiendi eestkostja ja usaldusisiku konfidentsiaalsus](#)) (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient patsiendiportaal) nähtav. Kui usaldusisikule või arstile määramata, siis võetakse juurdepääs dokumendi eelmisest versioonist või eelmisest juurdepääsumuudatuse tahteavaldusest. Kui dokumendi eelmine versioon puudub, siis on vaikimisi dokument esindajale "avatud". Konfidentsiaalsus patsiendi eestkostjale ja konfidentsiaalsus arstile määratakse alternatiivkoodidena ja need ei ole kohustuslikud.
- 3) **Dokumendi kinnitamise aeg** – täidetakse üldjuhul TTO infosüsteemi poolt automaatselt lähtuvalt dokumendi kinnitamise ajahetkest kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 4) **Dokumendi kehtivuse alguskuupäev** – saatekirja kehtivuse alguskuupäev, mille määrab arst, kes patsiendi teenusele suunab. Saatekirja kehtivuse algus võib olla määratud ka tulevikku.



- 5) **Dokumendi kehtivuse lõppkuupäev** – saatekirja kehtivuse lõppkuupäev, mille määrab arst, kes patsiendi teenusele suunab. Vaikimisi loetakse õendusabiteenusele suunamise saatekirja kehtivusajaks koduõendusteenusele suunamisel 30 päeva ning iseseisvale statsionaarsele õendusabiteenusele suunamisel 3 kuud.

## 2 Dokumendi koostaja andmed

Dokumendi koostaja andmed koosnevad dokumendi koostanud ja kinnitanud tervishoiutöötaja ning tervishoiuteenuse osutaja (TTO) andmetest. **Dokumendi koostaja andmete plokk peab olema iga dokumendi korral täidetud ning kõik andmeväljad va tervishoiutöötaja kontaktandmed, on täitmiseks kohustuslikud.**

Sõltuvalt kasutatavast infosüsteemist täidetakse dokumendi koostaja kohta tervishoiutöötaja poolt või TTO infosüsteemi andmete alusel automaatselt järgnevad andmeväljad:

- 1) **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – dokumendi koostaja ees- ja perekonnanimi;
- 2) **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – dokumendi koostaja Terviseameti registri registreerimistõendi number;
- 3) **Tervishoiutöötaja eriala** –dokumendi koostaja eriala või kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori järgi ([Erialad](#));
- 4) **Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (vajadusel) dokumendi koostaja kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 5) **Tervishoiuasutuse nimi** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku nimetus;
- 6) **Tervishoiuasutuse äriregistri kood** – dokumendi koostaja TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
- 7) **Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – dokumendi koostaja TTO kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 8) **Tervishoiuasutuse aadress või konkreetse korpuse/praksise tegevuskoha aadress** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse/praksise aadress järgneval kujul:
  - riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasise linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänava, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood

## 3 Patsiendi andmed

Patsiendi andmed koosnevad patsiendi, eestkostja(te) ja kontaktisiku(-te) andmetest. **Patsiendi andmete andmeplokk on täitmiseks kohustuslik**, kuid sisaldab andmevälju, mida võib täita vastavalt vajadusele. Patsiendi kohta esitatakse järgnevad andmed:

- 1) **Isikukood või tundmatu isiku kood** – (kohustuslik) patsiendi isikukood. Kui isikukood ei ole teada ehk tegemist on nõ tundmatu isikuga, siis sisestatakse iga TTO enda poolt koostatud reegli järgi tundmatu isiku kood, kus üldjuhul on arvestatud patsiendi umbkaudset sünniaega ja sugu. Välisriigist pärit patsiendi puhul sisestatakse üldjuhul (võimalik, et erineb sõltuvalt TTO infosüsteemist) dokumendi, mille alusel isik tuvastatakse, välja andnud riigi 3-kohaline kood ning seejärel samal dokumendil olev isikut identifitseeriv kood.

- 2) **Ees- ja perekonnanimi** – (vajadusel) kui patsient on tuvastatav, siis sisestatakse patsiendi ees- ja perekonnanimi. Tundmatu isiku korral võib andmevälja jätta täitmata.
- 3) **Sugu** – (kohustuslik) patsiendi sugu hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Sugu](#)).
- 4) **Sünniaeg** – (vajadusel) kui sünniaeg on teada, sisestatakse see kujul PP.KK.AAAA.
- 5) **Tegelik elukoht** – (kohustuslik) patsiendi elukoht ehk aadress, kus patsient üldjuhul viibib. Välisriigi isiku puhul on kohustuslik sisestada riigi kood ja EHAK-kood, kuid Eesti patsiendi puhul tuleb sisestada elukoha aadress kujul:
- riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasisese linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänava, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood
- 6) **Kontaktandmed** – (kohustuslik) patsiendi telefoninumber ja/või e-posti aadress.
- 7) **Muude osaliste (eestkostja, lapsevanem) andmed** – (vajadusel) patsiendile määratud eestkostja, lapse korral tema vanema (ema või isa) või hooldaja andmed. Kui andmeplokki täidetakse, on kõik andmeväljad kohustuslikud:
- i. **Isikukood** – muu osaleja isikukood;
  - ii. **Ees- ja perekonnanimi** – muu osaleja ees- ja perekonnanimi;
  - iii. **Seos patsiendiga** – patsiendi ja muu osaleja vahelise seose liik, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Osaluse liik](#)).
- 8) **Patsiendi kontaktisiku(-te) andmed** – (kohustuslik) patsiendi haigusjuhtumi alustamisel tema kontaktisikuteks olevate isikute andmed. Vajadusel saab märkida rohkem kui ühe kontaktisiku. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:
- i. **Isikukood** – (vajadusel) kontaktisiku isikukood;
  - ii. **Ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi;
  - iii. **Seos patsiendiga** – (kohustuslik) patsiendi ja kontaktisiku vahelise seose liik hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Patsiendi kontaktisikute liigid](#));
  - iv. **Kontaktandmed** – (kohustuslik) patsiendi kontaktisiku kontaktandmed: telefoninumber ja/või e-posti aadress.

#### 4 [Anamneesi andmed](#)

Anamneesi andmed koosnevad patsiendi anamneesi, teadaolevate või ka patsiendi ütluste põhiselt märgitud allergiate ning ravimiskeemi andmetest. Anamneesi andmeplokk on täitmiseks kohustuslik ning andmeplokki sisestatakse järgnevad andmed:

- 5) **Anamnees** – (kohustuslik) anamneesi kirjeldus vabatekstiväljal;
- 6) **Teadaolevad allergiad** – (vajadusel) patsiendi teadaolevate allergiate kirjeldus vabatekstiväljal;
- 7) **Ravimiskeem** – (vajadusel) kui saatekirja koostaja leiab, et teenuse osutamise seisukohalt on oluline saatekirjale lisada info patsiendi poolt tarvitatavate ravimite kohta, siis saab selle info lisada ravimiskeemi andmeplokki. Lisaks märgitakse sellesse andmeplokki andmed ravimite kohta, mida tuleb õendusabiteenuse osutamise käigus patsiendile manustada. Seda tüüpi ravimite andmed tähistatakse vastava tunnusega.

Ravimite andmete sisestamisel on kohustuslik sisestada kas toimeaine(te) või ravimipreparaadi andmed. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- i. **ATC kood ja nimetus** – (vajadusel) ravimi ATC kood ja nimetus ([ATC](#)). Kohustuslik sisestada kas ATC kood ja nimetus või ravimipreparaat.
- ii. **Toimeaine** – (vajadusel) ravimi toimeaine(te) andmed, kui ravim märgitakse toimeainepõhiselt:
  - **Toimeaine kood ja nimetus** – (kohustuslik) ravimi toimeaine kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Toimeaine sisaldus** – (kohustuslik) toimeaine sisaldus ravimis, kogus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Toimeaine mahu sisaldus** – (vajadusel) vedelate (ravimvorm on sel juhul lahus, kreem, emulsioon, geel jne) ravimite puhul märgitakse toimeaine mahu sisaldus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#)) (näiteks ravim, mille ühes annuses (väli "toimeaine mahu sisaldus") sisaldub toimeainet 100 mikrogrammi).
- iii. **Ravimipreparaadi nimetus** – (vajadusel) Ravimiregistri poolt väljastatav ravimi pakendi nimetus, kui ravim märgitakse preparaadipõhiselt. Kohustuslik sisestada kas ATC kood ja nimetus või ravimipreparaat.
- iv. **Ravimvorm** – (vajadusel) ravimi ravimvormi kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Ravimvormid](#)).
- v. **Annustamine** – (vajadusel) ravimi annustamise andmed:
  - **Ravikuuri tüüp** – (kohustuslik) ravikuuri tüüp, mis iseloomustab ravimi kasutamise ajalist kestust, vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Ravikuuri pikkus** – (vajadusel) kogu ravikuuri pikkus päevades;
  - **Ühekordne annus** – (kohustuslik) ravimi kogus, mida tuleb kasutada ühe kasutuskorra ajal, märgitakse ühekordne annus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Manustamiskordade arv** – (vajadusel) mitu korda intervallis tuleb ravimit kasutada, märgitakse manustamiskordade arv ajaühikus ja ajaühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Manustamise aeg** – (vajadusel) kas ravimit manustatakse hommikul, lõunal, õhtul või öösel;
  - **Annustamisskeemi periood** – (vajadusel) annustamisskeemi perioodi pikkus päevades, kui skeem on ajaliselt piiratud.
- vi. **Selgitus** – (vajadusel) dokumendi koostaja poolt lisatud täiendavad selgitused.
- vii. **Manustamisviis** – (vajadusel) ravimi manustamise viis (näit. suukaudne, intravenoosne) hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Ravimi manustamisviis](#)).
- viii. **Manustamise periood** – (vajadusel) periood, mille jooksul ravimit on kasutatud.

## 5 Patsiendi terviseseisundi ülevaade

Patsiendi terviseseisundi andmeplokis edastatakse andmed tervisekäitumise kohta, teadaolevad suuõõne ja eritamise probleemid, info teadaolevate ohutegurite kohta (MRSA ja ESBL kandlus) ning patsiendile paigaldatud invasiivsete vahendite andmed. Andmeplokk on täitmiseks kohustuslik ning andmeplokki sisestatakse järgnevad andmed:

- 1) **MRSA kandlus** – (kohustuslik) info, kas patsient on metitsilliinresistentse stafülokoki (MRSA) kandja (jah/ei), et oleks võimalik tervishoiuteenuse osutaja juures rakendada vastavaid abinõusid ning valida sobivaimad ravimeetodid.
- 2) **ESBL kandlus** – (kohustuslik) info, kas patsient on laiendatud toimega beetalaktamaasi ehk ESBL-positiivse bakteri kandja (jah/ei), et oleks võimalik tervishoiuteenuse osutaja juures rakendada vastavaid abinõusid ning valida sobivaimad ravimeetodid.
- 3) **Suuõõne probleemid** – (kohustuslik) info, kas patsiendil esineb suuõõne probleeme, valik jah/ei. Valiku "jah" puhul kirjeldada täpsemalt patsiendil esinevaid suuõõne probleeme, sh märkida andmed proteeside kohta.

- 4) **Kasutatavad abivahendid, meditsiiniseadmed** – (vajadusel) patsiendi poolt kasutatavad abivahendid ja/või meditsiiniseadmed kehtiva klassifikaatori alusel [\(link\)](#).
- 5) **Tervisekäitumine** – (kohustuslik) patsiendi tervisekäitumise hindamise tulemused. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:
- Suitsetamine** – (kohustuslik) patsiendi suitsetamisharjumused kehtiva klassifikaatori alusel – kas tegemist on mittesuitsetajaga, suitsetajaga või on patsient suitsetamisest loobunud [\(link\)](#).
  - Alkoholi tarvitamine** – (kohustuslik) hinnang alkoholi tarvitamisele, AUDIT testi numbriline skoor. Skooride selgitus:
    - 0 - 7: riskitase I - madala riskiga tarvitamine,
    - 8 - 15: riskitase II, võib olla nii a - tervist ohustav tarvitamine kui b - tervist kahjustav tarvitamine,
    - 16 - 19: riskitase III - tervist kahjustav tarvitamine,
    - ≥20: riskitase IV - võimalik alkoholisõltuvus,
  - Narkootiliste ja/või psühhotropsete ainete tarvitamine** – (kohustuslik) hinnang, kas patsient tarvitab narkootilisi/psühhotropseid aineid - jah/ei.
  - Märkused** – (vajadusel) lisainfo patsiendi tervisekäitumise kohta. Näiteks kui patsient on suitsetaja, siis võimalik täpsustada mitu sigaretti/pakki päevas suitsetab.
- 6) **Eritamine** – (vajadusel) hinnang soole- ja urotrakti probleemidele. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:
- Urotrakti probleemid** – (kohustuslik) hinnang, kas patsiendil esineb urotrakti probleeme vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link\)](#). Kui esineb probleeme uriinipidamatusega, siis võimalik täpsustada kui sageli probleemid esinevad.
  - Sooletrakti probleemid** – (kohustuslik) hinnang, kas patsiendil esineb sooletrakti probleeme vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link\)](#). Kui esineb probleeme soolepidamatusega, siis võimalik täpsustada kui sageli probleemid esinevad.
  - Iste sagedus** – (vajadusel) edastatakse iste sagedus ajaühikus, näiteks 4 korda nädalas.
  - Märkused** – (vajadusel) lisainfo eritamise kohta.
- 7) **Invasiivsete vahendite andmed** – (vajadusel) kõigi patsiendile paigaldatud invasiivsete vahendite andmed. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:
- Invasiivse vahendi tüüp** – (kohustuslik) invasiivse vahendi tüüp vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link\)](#).
  - Paigaldamise kuupäev** – (kohustuslik) invasiivse vahendi paigaldamise kuupäev formaadis PP.KK.AAAA.
  - Eemaldamise kuupäev** – (võimalusel) kui invasiivne vahend on eemaldatud ning edasise teenuse osutamise valguses on oluline teada vahendi eemaldamise kuupäeva, siis märgitakse see formaadis PP.KK.AAAA. Kohustuslik märkida eemaldatud kusepõie püsikateetri ja perifeerse veenikanüüli andmete märkimisel.
  - Eemaldamise põhjus** – (võimalusel) invasiivse vahendi eemaldamise põhjus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link\)](#). Kohustuslik märkida eemaldatud kusepõie püsikateetri ja perifeerse veenikanüüli andmete märkimisel.
  - Viimane korrastamise kuupäev ja kellaaeg** – (võimalusel) viimane korrastamise kuupäev ja kellaaeg formaadis PP.KK.AAAA tt.mm.ss. Andmeväljale märgitakse:
    - viimane trahheakanüüli puhastamise kuupäev,
    - stoomi ümbruse korrastamise kuupäev ja kellaaeg,
    - viimane stoomikoti vahetamise kuupäev ja kellaaeg,
    - sondi korrastamise kuupäev.
  - Materjal** – (võimalusel) invasiivse vahendi materjal vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link\)](#). Täidetakse ainult kusepõie püsikateetri ja epitsüstostoomi korral.

- vii. **Suurus** – (võimalusel) invasiivse vahendi suurus. Täidetakse ainult kusepõie püsikateetri, perifeerse veenikanüüli ja trahheakanüüli puhul.
- viii. **Ümbruse kirjeldus** – (võimalusel) invasiivset vahendit ümbritseva naha vabatekstiline kirjeldus. Täidetakse ainult stoomide ja dreeni puhul.
- ix. **Märkused** – (vajadusel) täiendavad märkused, kuhu saab lisada infot aspiratsiooni sageduse, niisutamisevajaduse, eritise koguse, dreeni asukoha, kasutatavate abivahendite jms kohta.

## 6 Kliinilise diagnoosi andmed

Kliinilise diagnoosi andmeplokis edastatakse andmed patsiendil diagnoositud haiguste kohta. Diagnoosijaks on alati arst. Andmeplokk on täitmiseks kohustuslik. Andmeplokis on teatud andmeväljad täitmiseks kohustuslikud.

- 3) **Põhihaigus** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse andmed. Õendusabiteenusele suunamisel tuleb põhihaiguse diagnoosiks määrata nõ juhtiv diagnoos, mille tõttu patsient õendusabiteenusele suunatakse. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK 10-le ([RHK-10](#));
  - ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
  - iii. **Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#));
- 4) **Põhihaiguse tüsistus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud põhihaiguse tüsistus(ed), juhul kui need esinevad. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – põhihaiguse tüsistuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
  - ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – põhihaiguse tüsistuse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
- 5) **Kaasuv haigus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud kaasuv(ad) haigus(ed), juhul kui need esinevad. Teatud andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) kaasuva haiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
  - ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) kaasuva haiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
  - iii. **Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi kaasuva haiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#));
- 6) **Välispõhjus** – (vajadusel) patsiendil haigusjuhtumi raames diagnoositud haiguse välispõhjus(ed), juhul kui need esinevad. Välispõhjuse märkimine on kohustuslik traumadiagnoosi korral. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – välispõhjuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#)).

## 7 Suunamise andmed

Suunamise andmeplokis edastatakse patsiendi suunamiseks vajalikud andmed. Suunamise andmeplokk on täitmiseks kohustuslik. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- 1) **Tervishoiuasutus** – (vajadusel) tervishoiuasutus, kuhu patsienti suunata soovitakse. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:
- Tervishoiuasutuse nimi** – (kohustuslik) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, TTO juriidilise isiku nimetus;
  - Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
  - Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, kontakttelefoni number ja/või e-posti aadress;
  - Tervishoiuasutuse aadress** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse (praksise) aadress kujul:
    - riigi 3-kohaline kood
    - maakonna nimi
    - linna/valla/vallasise linna nimi
    - väikekoha nimi
    - tänav, küla nimi
    - maja number
    - EHAK kood
- 2) **Teenuse kood ja nimetus** – (kohustuslik) teenus, kuhu patsient suunatakse – kas koduõendusteenus või iseseisev statsionaarne õendusabiteenus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link\)](#).
- 3) **Soovituslik õendusabiteenuse alustamise kuupäev** – (kohustuslik) saatekirja koostaja poolt määratud soovituslik aeg, millal teenuse osutamist alustada.
- 4) **Suunamise tingimused** – (kohustuslik) info suunamise kiiruse kohta.
- Prioriteedi tunnus** – (kohustuslik) kui patsiendi tervise seisundist tulenevalt on oluline, et patsient pääseks vastuvõtule esimesel võimalusel, siis prioriteedi tunnus CITO = jah. Vastasel juhul CITO = ei.
  - Prioriteedi põhjendus** – (vajadusel) prioriteedi tunnuse valiku põhjendus.

## 8 Õendusabiteenuse vajaduse hindamise andmed

Õendusabiteenuse vajaduse hindamise andmeplokis tuuakse välja patsiendi tervises seisundi hindamise käigus tuvastatud toimingud, mida patsiendiga õendusabiteenuse osutamise käigus teha tuleb. Õendusabiteenuse vajaduse hindamise andmeplokk on täitmiseks kohustuslik. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- 1) **Hindamise kuupäev** – (kohustuslik) õendusabiteenuse vajaduse hindamise aeg kuupäeva täpsusega formaadis PP.KK.AAAA.
- 2) **InterRAI dokumendi number** – (võimalusel) juhul, kui saatekirja koostamisel on teostatud hindamine interRAI instrumendi abil, siis lisatakse saatekirjale täidetud hindamise vormi number. Dokument ei asu tervise infosüsteemis.
- 3) **Õendusabiteenuse tegevused** – (kohustuslik) vajalikud õendusabi tegevused, mis tuleb teostada teenuse osutamise käigus. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:
  - Tegevus** – (kohustuslik) toimingud, mis tuleb õendusabiteenuse osutamise käigus teostada vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile [\(link - õendusabiteenuse tegevused\)](#);
  - Sagedus** – (võimalusel) õendusabiteenuse tegevuse teostamise sagedus ajaühikus (nr + ühik);
  - Täpsustav kirjeldus** – (vajadusel) lisainfo valitud tegevuse juurde.



- 4) **Õendusabi vajaduse hindaja andmed** – (võimalusel) tervishoiutöötaja, kes hindas õendusabi vajaduse, andmed:
- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) tervishoiutöötaja, kes hindamise teostas, ees- ja perekonnanimi;
  - ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – (kohustuslik) tervishoiutöötaja, kes hindamise teostas, Terviseameti registri registreerimistõendi number;
  - iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – (kohustuslik) tervishoiutöötaja, kes hindamise teostas, eriala või kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori järgi ([Erialad](#));
  - iv. **Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (võimalusel) tervishoiutöötaja, kes hindamise teostas, kontakttelefoni number ja/või e-posti aadress.

## 9 Varasemate uuringute/protseduuride andmed

Uuringute ja protseduuride andmeplokis tuuakse välja patsiendil teostatud oluliste uuringute ja protseduuride andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Andmeplokk täidetakse vaid juhul, kui teostati uuringuid või protseduure, mis ei ole radioloogilised, patoloogilised, laboratoorsed uuringud ega operatsioonidena kajastatavad. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Uuringu kood ja nimetus** – (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu või protseduuri kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)). Lisaks on võimalik sisestada ka SNOMED CT järgne kood ja nimetus, mis märgitakse sel juhul alternatiivkoodina.
- 2) **Teostamise kuupäev** – (kohustuslik) teostatud uuringu(te) või protseduuri(de) toimumise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 3) **Uuringu kirjeldus** – (vajadusel) teostatud uuringu või protseduuri käigu ja/või tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Juhul kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut.
- 4) **Uuringu tulemus** – (vajadusel) vastavate uuringute hindamisel saadud tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori ([Kolposkoopia uuringu vastus](#)) alusel.

## 10 Varasemate radioloogiliste uuringute andmed

Radioloogiliste uuringute andmeplokis edastatakse uuringute andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja ([Haigekassa hinnakiri](#)) alusel. Võimalik lisada üks põhikood ning selle juurde lisakoode.
- 2) **Uuring meditsiiniradioloogia ja nuklearmeditsiini protseduuride loetelu järgi** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu või protseduuri nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Radioloogiline uuring](#)).
- 3) **Uuringu liik** – (võimalusel) lisatakse teostatud radioloogilise uuringu liik hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu liik](#)).
- 4) **Uuringu teostamise aeg** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu teostamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM. Kui uuringu käigus tehakse mitu pilti, siis esimese pildi tegemise aeg.



- 5) **Kehapiirkond** – (võimalusel) kehapiirkond, mida uuriti, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi. Uuritavaid kehapiirkondi võib olla mitu ([Kehapiirkond](#)).
- 6) **Ülesvõtte andmed** – sisestatakse ülesvõtte täpsemad andmed:
- Accession Number** – (võimalusel) lisatakse teostatud uuringu unikaalne identifikaator ehk ligipääsunumber. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
  - SUID** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu ülesvõtte või pildiseeria unikaalne identifikaator, mis omistatakse igale radioloogilise uuringu käigus tehtud üksikpildile ja/või pildiseeriale, mis ei ole uuringu raamistikus eraldi käsitletavat. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
  - Kiirgusdoos** – (võimalusel) patsiendile suunatud radioloogilise kiirgusdoosi hulk ning ühik vabateksti väljale.
- 7) **Uuringu kirjeldus** – (kohustuslik esimese kirjelduse korral) teostatud radioloogilise uuringu käigu ning ülesvõtte kirjeldus vabatekstiväljal. Mitme hindaja korral on kirjelduse lisamine kohustuslik vaid esimese hindaja puhul ning teine hindaja võib esimesega nõustudes mitte lisada enda poolset kirjeldust. Juhul, kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut. Uuringu tulemuse „normist kõrvalekallet ei esine“ korral on lubatud uuringu kirjelduse väljale dubleerida tekst „normist kõrvalekallet ei esine“.
- 8) **Uuringu tulemus** – (võimalusel) uuringute hindamisel saadud tulemus on võimalik anda hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu tulemus](#)). Tulemusi võib olla mitu, kui uuringul on rohkem kui üks hindaja. Sel juhul annab iga hindaja oma tulemuse, aga lõplikult antakse ka konsensuslik tulemus esimese hindaja poolt. Uuringu tulemus on kohustuslik üksnes sõeluuringu patsiendi mammogrammi, ultraheli ja MRT korral.

## 11 Varasemate laboratoorsete uuringute andmed

Laboratoorsete uuringute ehk analüüside andmeplokis edastatakse analüüside andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Analüüsi kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud analüüsi kood ja nimetus LOINC-i järgi (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).
- 2) **Parameetri kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) kui analüüsil on parameeter olemas, siis kirjeldatakse parameeter LOINC-i klassifikaatori alusel (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>). Kui parameeter puudub, lisatakse välja vaikumisi tehniline kood „ANA“. Analüüsi parameeter esitatakse kompleksuuringute korral ehk juhul, kui uuritakse enam kui ühte komponenti ühe analüüsi puhul (näiteks analüüs: BCBC; Parameetrid: B-WBC, B-RBC, B-HGB jne).
- 3) **Referentsväärtus** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi referentsväärtuste all kirjeldatakse maksimaalset üks konkreetne väärtus, mis vastab antud patsiendi vanusele, soole jm seisunditele ja näitajatele (nt proovi võtmise aeg, rasedus jne). Referentsväärtus kirjeldatakse kas arvilise vahemikuna, tulemuses kasutatava loendiga või tekstilise väärtusena (nt „korras“). Arvilisele vahemikule lisatakse ka mõõtühik. Lisaks on võimalik üle kanda referentsväärtuse tõlgendus, mis on analüüside tellimusele kaasa lisatud arsti poolt, elemendis „Referentsväärtuse tõlgendus“.
- 4) **Otsustuspiir** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi otsustuspiiri all kirjeldatakse riskide piirid. Näiteks: S-CRP-hs otsustuspiirid on: <1,0 mg/L (madal kardiovaskulaarne risk), 1,0-3,0 mg/L (keskmine risk)

ja >3,0 mg/L (kõrge risk). Kirjeldatakse vaid otsustuspiir, mis vastab antud analüüsi vastusele. Otsustuspiir kirjeldatakse arvulise vahemiku või näitajaga, millele lisatakse ka mõõtühik.

- 5) **Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 6) **Analüüsi tulemus** – (kohustuslik) analüüsi tulemus kas numbriliselt, tekstiliselt või vastava uuringu tulemuse hindamise hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Kvalitatiivse uuringu vastus](#), [Külviuuringu vastus](#), [Mikrobioloogilise uuringu vastus](#), [Antibiootikumtundlikkuse uuringu vastus](#), [Vererühmad](#) või [Reesusvererühmad](#)).

## 12 Märkused

Märkuste andmeplokis tuuakse vajadusel välja kommentaare või märkusi teostatud toimingute kohta või antakse saatekirja saajale täiendavat informatsiooni.

- 1) **Märkuste kirjeldus** – (vajadusel) tuuakse vabatekstiväljal välja teostatud uuringute protseduuridega seotud vajalikud märkused kas uuringute endi kohta või täiendavat infot, mis võib saatekirja vastuvõtjale vajalikuks osutuda. Võimaldab ka lisada juhised patsiendile: kuidas enne teenusele minekut ennast ette valmistada jms.

## 4. SAATEKIRI HAIGLARAVILE

### täitmise juhend

#### Dokumendi ajalugu

| Ver. nr. | Ver. kuup  | Autor         | Muudatuste kirjeldus                          |
|----------|------------|---------------|---|
| 0.1      | 03.10.2018 | Erin Vainsalu | Koostatud vastavalt dokumendistandardile v1.0 |
|          |            |               |   |
|          |            |               |   |

**Saatekiri** on Sotsiaalministri 18.09.2008.a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ (§ 29 lõige 1) kohaselt tervishoiuteenuse osutamise käigus tervishoiutöötaja otsuse alusel vormistatav dokument või andmete kogum, mis on aluseks patsiendi saatmisel uuringule, protseduurile, lahangule või ambulatoorset või statsionaarset tervishoiuteenust saama ning patsiendilt võetud proovimaterjali edastamisel uuringuks või analüüsiks ja patsiendi terviseandmete edastamisel e-konsultatsiooniks.

**Digisaatekiri (SK)** on riiklikule saatekirja standardile vastav digitaalne dokument. Digisaatekirja andmekoosseisu reguleerib Sotsiaalministri määrus nr 53 (17.09.2008).

Andmete tervise infosüsteemi edastamise kohustus tuleneb Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59<sup>2</sup> lõikest 1.

#### 1 Meditsiinidokumendi üldandmed

Meditsiinidokumendi üldandmete osa sisaldab endas dokumendi üldisi andmeid, nagu dokumendi kinnitamise aeg ja selle number. Samuti tuuakse selles osas välja dokumendile määratud ligipääsuõigused ehk konfidentsiaalsus. **Meditsiinidokumendi üldandmed on kõik kohustuslikud.** Dokumendi edastamiseks vajalikud andmeväljad on:

- 6) **Dokumendi number** – täidetakse TTO infosüsteemi poolt automaatselt vastavalt iga TTO dokumentide nummerdamise reeglitele. Dokumendi numbri OID näitab, millise TTO-ga on tegemist ning seega tagab OID tervise infosüsteemi tasandil numbri unikaalsuse, kui igas TTO-s on nummerdamisega unikaalsus tagatud.
- 7) **Dokumendi konfidentsiaalsus** – määratakse kas dokument on patsiendile sh tema eestkostjale (HL7 standard: V - suletud, N – normaalne) (määrab arst), arstile (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient või tema eestkostja patsiendiportaalis) ([Konfidentsiaalsus arstile](#)) ja/või patsiendi usaldusisikule ([Patsiendi eestkostja ja usaldusisiku konfidentsiaalsus](#)) (määrab arst TTO infosüsteemis või patsient patsiendiportaalis) nähtav. Kui usaldusisikule või arstile määramata, siis võetakse juurdepääs dokumendi eelmisest versioonist või eelmisest juurdepääsumuudatuse tahteavaldusest. Kui dokumendi eelmine versioon puudub, siis on vaikimisi dokument esindajale "avatud". Konfidentsiaalsus patsiendi eestkostjale ja konfidentsiaalsus arstile määratakse alternatiivkoodidena ja need ei ole kohustuslikud.
- 8) **Dokumendi kinnitamise aeg** – täidetakse üldjuhul TTO infosüsteemi poolt automaatselt lähtuvalt dokumendi kinnitamise ajahetkest kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 9) **Dokumendi kehtivuse alguskuupäev** – saatekirja kehtivuse alguskuupäev, mille määrab arst, kes patsiendi teenusele suunab. Saatekirja kehtivuse algus võib olla määratud ka tulevikku.

- 10) Dokumendi kehtivuse lõppkuupäev** – saatekirja kehtivuse lõppkuupäev, mille määrab arst, kes patsiendi teenusele suunab.

## 2 Dokumendi koostaja andmed

Dokumendi koostaja andmed koosnevad dokumendi koostanud ja kinnitanud tervishoiutöötaja ning tervishoiuteenuse osutaja (TTO) andmetest. **Dokumendi koostaja andmete plokk peab olema iga dokumendi korral täidetud ning kõik andmeväljad va tervishoiutöötaja kontaktandmed, on täitmiseks kohustuslikud.**

Sõltuvalt kasutatavast infosüsteemist täidetakse dokumendi koostaja kohta tervishoiutöötaja poolt või TTO infosüsteemi andmete alusel automaatselt järgnevad andmeväljad:

- 9) Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – dokumendi koostaja ees- ja perekonnanimi;
- 10) Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – dokumendi koostaja Terviseameti registri registreerimistõendi number;
- 11) Tervishoiutöötaja eriala** –dokumendi koostaja eriala või kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori järgi ([Erialad](#));
- 12) Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (vajadusel) dokumendi koostaja kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 13) Tervishoiuasutuse nimi** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku nimetus;
- 14) Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – dokumendi koostaja TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;
- 15) Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – dokumendi koostaja TTO kontakttelefoni number, e-posti aadress ja/või faksinumber;
- 16) Tervishoiuasutuse aadress või konkreetse korpuse/praksise tegevuskoha aadress** – dokumendi koostaja TTO juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse/praksise aadress järgneval kujul:
- riigi 3-kohaline kood
  - maakonna nimi
  - linna/valla/vallasise linna nimi
  - väikekoha nimi
  - tänava, küla nimi
  - maja number
  - EHAK kood

## 3 Patsiendi andmed

Patsiendi andmed koosnevad patsiendi, eestkostja(te) ja kontaktisiku(-te) andmetest. **Patsiendi andmete andmeplokk on täitmiseks kohustuslik**, kuid sisaldab andmevälju, mida võib täita vastavalt vajadusele. Patsiendi kohta esitatakse järgnevad andmed:

- 9) Isikukood või tundmatu isiku kood** – (kohustuslik) patsiendi isikukood. Kui isikukood ei ole teada ehk tegemist on nõ tundmatu isikuga, siis sisestatakse iga TTO enda poolt koostatud reegli järgi tundmatu isiku kood, kus üldjuhul on arvestatud patsiendi umbkaudset sünniaega ja sugu. Välisriigist pärit patsiendi puhul sisestatakse üldjuhul (võimalik, et erineb sõltuvalt TTO infosüsteemist) dokumendi, mille alusel isik tuvastatakse, välja andnud riigi 3-kohaline kood ning seejärel samal dokumendil olev isikut identifitseeriv kood.

**10) Ees- ja perekonnanimi** – (vajadusel) kui patsient on tuvastatav, siis sisestatakse patsiendi ees- ja perekonnanimi. Tundmatu isiku korral võib andmevälja jätta täitmata.

**11) Sugu** – (kohustuslik) patsiendi sugu hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Sugu](#)).

**12) Sünniaeg** – (vajadusel) kui sünniaeg on teada, sisestatakse see kujul PP.KK.AAAA.

**13) Tegelik elukoht** – (kohustuslik) patsiendi elukoht ehk aadress, kus patsient üldjuhul viibib. Välisriigi isiku puhul on kohustuslik sisestada riigi kood ja EHAK-kood, kuid Eesti patsiendi puhul tuleb sisestada elukoha aadress kujul:

- riigi 3-kohaline kood
- maakonna nimi
- linna/valla/vallasisese linna nimi
- väikekoha nimi
- tänav, küla nimi
- maja number
- EHAK kood

**14) Kontaktandmed** – (kohustuslik) patsiendi telefoninumber ja/või e-posti aadress.

**15) Muude osaliste (eestkostja, lapsevanem) andmed** – (vajadusel) patsiendile määratud eestkostja, lapse korral tema vanema (ema või isa) või hooldaja andmed. Kui andmeplokki täidetakse, on kõik andmeväljad kohustuslikud:

- iv. **Isikukood** – muu osaleja isikukood;
- v. **Ees- ja perekonnanimi** – muu osaleja ees- ja perekonnanimi;
- vi. **Seos patsiendiga** – patsiendi ja muu osaleja vahelise seose liik, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Osaluse liik](#)).

**16) Patsiendi kontaktisiku(-te) andmed** – (kohustuslik) patsiendi haigusjuhtumi alustamisel tema kontaktisikuteks olevate isikute andmed. Vajadusel saab märkida rohkem kui ühe kontaktisiku. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- v. **Isikukood** – (vajadusel) kontaktisiku isikukood;
- vi. **Ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi;
- vii. **Seos patsiendiga** – (kohustuslik) patsiendi ja kontaktisiku vahelise seose liik hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Patsiendi kontaktisikute liigid](#));
- viii. **Kontaktandmed** – (kohustuslik) patsiendi kontaktisiku kontaktandmed: telefoninumber ja/või e-posti aadress.

#### 4 Anamneesi andmed

Anamneesi andmed koosnevad patsiendi anamneesi, teadaolevate või ka patsiendi ütluste põhiselt märgitud allergiate ning ravimiskeemi andmetest. Anamneesi andmeplokk on täitmiseks kohustuslik ning andmeplokki sisestatakse järgnevad andmed:

**8) Anamnees** – (kohustuslik) anamneesi kirjeldus vabatekstiväljal;

**9) Teadaolevad allergiad** – (vajadusel) patsiendi teadaolevate allergiate kirjeldus vabatekstiväljal;

**10) Ravimiskeem** – (vajadusel) kui saatekirja koostaja leiab, et teenuse osutamise seisukohalt on oluline saatekirjale lisada info patsiendi poolt tarvitatavate ravimite kohta, siis saab selle info lisada ravimiskeemi andmeplokki. Ravimite andmete sisestamisel on kohustuslik sisestada kas toimeaine(te) või ravimipreparaadi andmed. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- i. **ATC kood ja nimetus** – (vajadusel) ravimi ATC kood ja nimetus ([ATC](#)). Kohustuslik sisestada kas ATC kood ja nimetus või ravimpreparaat.
- ii. **Toimeaine** – (vajadusel) ravimi toimeaine(te) andmed, kui ravim märgitakse toimeainepõhiselt:
  - **Toimeaine kood ja nimetus** – (kohustuslik) ravimi toimeaine kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Toimeaine sisaldus** – (kohustuslik) toimeaine sisaldus ravimis, kogus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Toimeaine mahu sisaldus** – (vajadusel) vedelate (ravimvorm on sel juhul lahus, kreem, emulsioon, geel jne) ravimite puhul märgitakse toimeaine mahu sisaldus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#)) (näiteks ravim, mille ühes annuses (väli “toimeaine mahu sisaldus”) sisaldub toimeainet 100 mikrogrammi).
- iii. **Ravimpreparaadi nimetus** – (vajadusel) Ravimiregistri poolt väljastatav ravimi pakendi nimetus, kui ravim märgitakse preparaadipõhiselt. Kohustuslik sisestada kas ATC kood ja nimetus või ravimpreparaat.
- iv. **Ravimvorm** – (vajadusel) ravimi ravimvormi kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Ravimvormid](#)).
- v. **Annustamine** – (vajadusel) ravimi annustamise andmed:
  - **Ravikuuri tüüp** – (kohustuslik) ravikuuri tüüp, mis iseloomustab ravimi kasutamise ajalist kestust, vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Ravikuuri pikkus** – (vajadusel) kogu ravikuuri pikkus päevades;
  - **Ühekordne annus** – (kohustuslik) ravimi kogus, mida tuleb kasutada ühe kasutuskorra ajal, märgitakse ühekordne annus ja ühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Manustamiskordade arv** – (vajadusel) mitu korda intervallis tuleb ravimit kasutada, märgitakse manustamiskordade arv ajaühikus ja ajaühik vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#));
  - **Manustamise aeg** – (vajadusel) kas ravimit manustatakse hommikul, lõunal, õhtul või öösel;
  - **Annustamisskeemi periood** – (vajadusel) annustamisskeemi perioodi pikkus päevades, kui skeem on ajaliselt piiratud.
- vi. **Selgitus** – (vajadusel) dokumendi koostaja poolt lisatud täiendavad selgitused.
- vii. **Manustamisviis** – (vajadusel) ravimi manustamise viis (näit. suukaudne, intravenoosne) hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Ravimi manustamisviis](#)).
- viii. **Manustamise periood** – (vajadusel) periood, mille jooksul ravimit on kasutatud.

**11) Teadaolevad ravimite kõrvaltoimed** – (vajadusel) kui on teada, et patsiendil on varem ravimite osas kõrvaltoimeid esinenud, siis sisestatakse järgnevad andmed:

- i. **ATC kood ja nimetus** – (vajadusel) ravimi ATC kood ja nimetus ([ATC](#)). Täidetud peab olema kas toimeaine või ravimpreparaadi nimetus;
- ii. **Ravimpreparaadi nimetus** – (vajadusel) ravimpreparaadi nimetus Raviameti Koodikeskuses. Täidetud peab olema kas toimeaine või ravimpreparaadi nimetus;
- iii. **Kõrvatoime avaldumise aeg** – (kohustuslik) kuupäev, millal kõrvaltoime avaldus;
- iv. **Avaldumise vorm** – (kohustuslik) kõrvalnähu avaldumise vormi tekstiline kirjeldus.

## 5 Objektiivse leiu andmed

Objektiivse leiu andmeplokis edastatakse patsiendi antropomeetrilised näitajad, komplemise (palpatsiooni), koputlemise (perkussiooni) või kuulatlemise (auskultatsiooni) tulemusel fikseeritud objektiivne leid ja leiu kirjeldused organsüsteemide kaupa ning patsiendi kehafunktsioonide hinnang. Objektiivse leiu kohta on võimalik esitada järgnevad andmed:

- 1) **Antropomeetrilised näitajad** – (vajadusel) patsiendi pikkuse, kaalu, vööümbermõõdu ja kehamassi indeksi hindamise tulemused koos teostamise kuupäevadega.

- i. **Kaelaümberrõõd** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- **Mõõtmise kuupäev** – kaelaümberrõõdu mõõtmise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi kaelaümberrõõd reaalarvuna sentimeetrites.
- ii. **Pikkus** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- **Mõõtmise kuupäev** – pikkuse mõõtmise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi pikkus reaalarvuna sentimeetrites.
- iii. **Kehakaal** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- **Mõõtmise kuupäev** – kaalumise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi kehakaal reaalarvuna kilogrammides või grammides.
- iv. **Vööümberrõõd** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- **Mõõtmise kuupäev** – vööümberrõõdu mõõtmise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi vööümberrõõd reaalarvuna sentimeetrites.
- v. **Kehamassi indeks** – (vajadusel) kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- **Arvutamise kuupäev** – kehamassiindeksi arvutamise kuupäev;
  - **Tulemus** – patsiendi kehamassiindeks (KMI) reaalarvuna ühikutes kg/m<sup>2</sup>.

2) **Organsüsteemide objektiivne hindamine** – (vajadusel) edastatakse patsiendi organsüsteemide, mida tervishoiutöötaja peab haigusjuhu käigus vajalikuks hinnata, kaupa andmed objektiivse leiu olemasolu (normaalne või leid) kohta. Leiu olemasolul sisestatakse ka leiu kirjeldus. Andmeplokk ei ole täitmiseks kohustuslik, kuid kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud. Kuna enamuse organsüsteemide leidude sisestamine toimub sarnaselt, siis järgnevas loetelus on nende sisestamise juhised ära toodud ühe andmeplokina nimega organsüsteem.

- i. **Hindamise kuupäev** – (kohustuslik) patsiendi üldseisundi ja/või organsüsteemi(de) hindamise kuupäev;
- ii. **Üldseisund** – (vajadusel) sisestatakse hinnang patsiendi üldseisundile.
- **Seisundi kirjeldus** – (kohustuslik) patsiendi üldseisundi kirjeldus vabatekstiväljal;
- iii. **Organsüsteem** – (vajadusel) sisestatakse leid ja hinnang ühe või mitme organsüsteemi kohta järgmisest loetelust:
- nahk,
  - limaskestad,
  - lümfisüsteem,
  - kõrva-, nina- ja neelusüsteem,
  - kilpnääre,
  - rinnanäärmete leid,
  - kuse- ja suguelundid.

Organsüsteemi kohta sisestatakse järgnevad andmed:



- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas organsüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Leiu kirjeldus** – (kohustuslik) organsüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal. Kirjelduse täitmine on kohustuslik vaid hinnangu „leid“ korral.

iv. **Silma ja/või nägemise leid** – (vajadusel) hinnatakse silma ja/või nägemise leidu ja selle olemasolul kirjeldatakse leidu. Samuti on võimalik lisada hinnang monokulaarne (üks silm avatud) ja binokulaarne (mõlemad silmad avatud) nägemisteravus korrigeerimata ja korrigeeritult. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas silma ja/või nägemise hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Nägemise leiu tulemus** – (vajadusel) nägemisteravuse tulemus reaalarvuna. Edastatakse järgneval viisil:
  - a. **Korrigeerimata nägemisteravus** – korrigeerimata ehk ilma abivahenditeta nägemisteravus (ehk *visus*) nii monokulaarselt kui binokulaarselt:
    - i. **Monokulaarne nägemisteravus** – (vajadusel) patsiendi korrigeerimata nägemisteravus üks silm avatult. Tulemus edastatakse reaalarvuna nii **parema** kui **vasaku** silma kohta dioptries.
    - ii. **Binokulaarne nägemine** – (vajadusel) patsiendi korrigeerimata nägemisteravus kaks silma avatult dioptries.
  - b. **Korrigeeritult nägemisteravus** – korrigeeritult ehk abivahendeid (nt prille, prooviklaase) kasutades nägemisteravus (ehk *visus*) nii monokulaarselt kui binokulaarselt.
    - i. **Monokulaarne nägemine** – (vajadusel) patsiendi nägemisteravus korrigeeritult üks silm avatult. Tulemus edastatakse reaalarvuna nii **parema** kui **vasaku** silma kohta dioptries.
    - ii. **Binokulaarne nägemine** – (vajadusel) patsiendi nägemisteravus korrigeeritult kaks silma avatult dioptries.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu silma ja/või nägemise leiu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Leiu hindaja andmed** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui uuringu läbiviija erineb dokumendi autorist. Kui andmeplokki täidetakse, siis kõik andmeplokis olevad andmeväljad, va eriala, on täitmiseks kohustuslikud. Uuringu teostanud tervishoiutöötaja ja –asutuse kohta sisestatakse järgmised andmed:
  - a. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – hindaja ees- ja perekonnanimi;
  - b. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – hindaja Terviseameti registri registreerimistõendi number või spetsialisti isikukood;
  - c. **Tervishoiutöötaja eriala** – hindaja eriala kutse kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Erialad](#));
  - d. **Tervishoiuasutuse nimi** – hindaja TTO juriidilise isiku nimetus;
  - e. **Tervishoiuasutuse äriregistri kood** – hindaja TTO äriregistri kood või muu registrijärgne kood.

v. **Süda ja veresoonkond** – (vajadusel) südame ja veresoonkonna leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas südame ja veresoonkonna hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Pulss** – (kohustuslik) patsiendi pulss täisarvuna ühikutes lööki/min.

- **Vererõhk** – (kohustuslik) patsiendi vererõhu kohta sisestatakse järgmised andmed:
  - a. **Süstoolne vererõhk** – (kohustuslik) patsiendi süstoolne vererõhk ühikutes mmHg;
  - b. **Diastoolne vererõhk** – (kohustuslik) patsiendi diastoolne vererõhk ühikutes mmHg;
  - c. **Mõõtmiskoht** – (kohustuslik) vererõhu mõõtmise koht: parem või vasak käsi.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu südame ja veresoonkonna leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**vi. Hingamissüsteem** – (vajadusel) täidetakse hingamissüsteemi puudutavad leiud ja kirjeldus.

- **Vali norskamine** – (vajadusel) märgitakse, kas patsient norskab valjult (valjemini kui tavaline kõne, või tema norskamist on kosta kõrvalruumi ka siis, kui magamistoa uks on suletud. JAH/EI väärtus.
- **Sage väsimus** – (vajadusel) märgitakse, kas patsient tunneb end sageli mitteväljapuhana, väsinuna või unisena päevasel ajal. JAH/EI väärtus.
- **Uneaegsed hingamisseisakud** – (vajadusel) märgitakse, kas patsiendil on täheldatud uneaegseid hingamisseisakuid. JAH/EI väärtus.
- **Visuaalne mandibulaarne retrognatia** – (vajadusel) hinnatakse välisel visuaalsel vaatlusel, kas patsiendil on alalõua distaalne asetus ehk tagumise asetsusega alalõug. JAH/EI väärtus.
- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas hingamissüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu hingamissüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**vii. Seedesüsteem** – (vajadusel) seedesüsteemi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas seedesüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Suu limaskesta/suuõõne kirjeldus** – (vajadusel) suu limaskesta/suuõõne kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Hammaste kirjeldus** – (vajadusel) hammaste kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Kõhu palpatsiooni leid** – (vajadusel) kõhu palpatsiooni leiu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu seedesüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**viii. Närvisüsteem** – (vajadusel) närvisüsteemi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas närvisüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Teadvuse ja vaimsete võimete kirjeldus** – (vajadusel) teadvuse ja vaimsete võimete kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Meningeaalsündroomi kirjeldus** – (vajadusel) meningeaaalsündroomi kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Motoorika kirjeldus** – (vajadusel) motoorika kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Naha tundlikkuse kirjeldus** – (vajadusel) naha tundlikkuse kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Tasakaalu kirjeldus** – (vajadusel) tasakaalu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Kraniaalnärvide kirjeldus** – (vajadusel) kraniaalnärvide kirjeldus vabatekstiväljal.

- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu närvisüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**ix. Luu-, liigese- ja lihassüsteem** – (vajadusel) luu-, liigese- ja lihassüsteemi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas luu-, liigese- ja lihassüsteemi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Lihaste kirjeldus** – (vajadusel) lihaste kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Lihaskõõrde kirjeldus** – (vajadusel) lihaskõõrde kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Liigese kirjeldus** – (vajadusel) liigese kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu luu-, liigese- ja lihassüsteemi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**x. Psüühiline seisund** – (vajadusel) psüühilise seisundi leid ja kirjeldus.

- **Leiu hinnang** – (kohustuslik) määratakse, kas psüühilise seisundi hinnang on normaalne ehk leidu ei ole või esines normaalist erinev leid ([Läbivaatuse valikvastused](#)).
- **Orienteerituse kirjeldus** – (vajadusel) orienteerituse kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Psüühika kirjeldus** – (vajadusel) psüühika kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Muu leiu kirjeldus** – (vajadusel) muu psüühilise seisundi leiu kirjeldus vabatekstiväljal.

**3) Funktsioonide hindamine** – (vajadusel) alamplokis edastatakse patsiendi nägemise, kuulmise, kõne, motoorika ja liikumise hindamise tulemused koos abivahendite ning nende kasutamise vajaduse kirjeldusega. Andmeplokk ei ole täitmiseks kohustuslik, kuid kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud.

**i. Hindamise kuupäev** – (kohustuslik) patsiendi funktsioonide hindamise kuupäev.  
**ii. Nägemine** – (vajadusel) patsiendi nägemise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) nägemise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) nägemise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) nägemise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

**iii. Kuulmine** – (vajadusel) patsiendi kuulmise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) kuulmise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) kuulmise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) kuulmise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

**iv. Kõne** – (vajadusel) patsiendi kõne hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) kõne hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) kõne abivahend vabatekstiväljal.
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) kõne abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

v. **Motoorika** – (vajadusel) patsiendi mootorika hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) mootorika hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) mootorika abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) mootorika abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

vi. **Liikumine** – (vajadusel) patsiendi liikumise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) liikumise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) liikumise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Mootorsõidukijuhi meditsiinilised piirangud](#)).
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) liikumise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

vii. **Hingamine** – patsiendi hingamise hindamisel sisestatakse järgmised andmed:

- **Hinnangu kirjeldus** – (kohustuslik) hingamise hinnangu kirjeldus vabatekstiväljal.
- **Abivahend** – (vajadusel) hingamise abivahend hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Abivahendid funktsioonide toetamiseks](#)). Hingamise abivahendid ei kajastu mootorsõidukijuhi tervisetõendi otsusel meditsiiniliste piirangutena.
- **Abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus** – (vajadusel) hingamise abivahendi kasutamise vajaduse kirjeldus vabatekstiväljal.

## 6 Nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurite andmed

Nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurite andmeplokis edastatakse andmed ohutegurite kohta, mis võivad mõjutada patsiendi või tema ümbritsevate isikute tervist ja heaolu. Andmeplokk ning kõik selles sisalduvad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- 7) **MRSA kandlus** – (kohustuslik) info, kas patsient on metitsilliinresistentse stafülokoki (MRSA) kandja (jah/ei), et oleks võimalik tervishoiuteenuse osutaja juures rakendada vastavaid abinõusid ning valida sobivaimad ravimeetodid.
- 8) **ESBL kandlus** – (kohustuslik) info, kas patsient on laiendatud toimega beetalaktamaasi ehk ESBL-positiivse bakteri kandja (jah/ei), et oleks võimalik tervishoiuteenuse osutaja juures rakendada vastavaid abinõusid ning valida sobivaimad ravimeetodid.

## 7 Kliinilise diagnoosi andmed

Kliinilise diagnoosi andmeplokis edastatakse andmed patsiendil diagnoositud haiguste kohta. Diagnoosijaks on alati arst. Kui patsiendil on diagnoositud pahaloomuline kasvaja, siis on võimalik edastada ka selle diagnoosiga seotud andmed. Lisaks on võimalik edastada ka patoloogia uuringu alusel määratud patomorfoloogiline diagnoos ning selle andmed. Andmeplokis on teatud andmeväljad täitmiseks kohustuslikud.

- 1) **Põhihaigus** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse andmed. Teatud andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK 10-le ([RHK-10](#));
  - ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;

- iii. **Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#));
- iv. **Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)), ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#));
  - **Residuaaltuumori olemasolu** – (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltuumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltuumori olemasolu](#));
- v. **Pahaloomulise kasvaja levik** – (vajadusel) kui patsiendil on põhihaigusena diagnoositud pahaloomuline kasvaja, mida saab hinnata TNM klassifikatsiooni alusel ja /või mille korral saab hinnata teisi pahaloomulise kasvaja korral uuritavaid näitajaid, siis dokumenteeritakse järgmised andmed:
  - **Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmeväljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM määramise prefiks](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud. Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiks;id;
  - **Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Pahaloomulise kasvaja staadium](#));
  - **Histoloogiline diferentseerumise aste** – (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#));
  - **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.

2) **Põhihaiguse tüsistus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud põhihaiguse tüsistus(ed), juhul kui need esinevad. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) põhihaiguse tüsistuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
- ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) põhihaiguse tüsistuse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;

3) **Kaasuv haigus** – (vajadusel) patsiendil diagnoositud kaasuv(ad) haigus(ed), juhul kui need esinevad. Teatud andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:

- i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) kaasuva haiguse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#));
- ii. **Sõnaline (kliiniline) diagnoos** – (kohustuslik) kaasuva haiguse kliiniline diagnoos vabatekstiväljal;
- iii. **Diagnoosi statistiline liik** – (kohustuslik) patsiendi kaasuva haiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Diagnoosi statistiline liik](#));
- iv. **Patomorfoloogiline diagnoos** – (vajadusel) patoloogi poolt määratud patomorfoloogiline diagnoos. Patomorfoloogilisi diagnoose võib ühe RHK-10 diagnoosi kohta esineda mitu ning neid võib määrata kolme klassifikaatori alusel ([Patomorfoloogiline lõppdiagnoos](#)), ([Günekotsütoloogilise uuringu tulemus](#)), ([Rinnanäärme histoloogia tulemus](#));

- **Residuaaltuumori olemasolu** – (vajadusel) patoloogi poolt antud hinnang residuaaltuumori olemasolu kohta hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Residuaaltuumori olemasolu](#));
- v. **Pahaloomulise kasvaja levik** – (vajadusel) kui patsiendil on põhihaigusena diagnoositud pahaloomuline kasvaja, mida saab hinnata TNM klassifikatsiooni alusel ja /või mille korral saab hinnata teisi pahaloomulise kasvaja korral uuritavaid näitajaid, siis dokumenteeritakse järgmised andmed:
- **Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja lokaalne (T), regionaalne (N) ja kauglevik (M) TNM (*tumour-node-metastasis*) klassifikatsiooni alusel ([Pahaloomulise kasvaja levik TNM järgi](#)). Lisaks märgitakse andmeväljal vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([TNM määramise prefiksid](#)) eesliide, mis tähistab, missuguse leiu alusel on levik määratud. Sealjuures näiteks lokaalsel (T) ja regionaalsel (N) levikul võivad olla erinevad prefiksid;
  - **Pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi** – (vajadusel) pahaloomulise kasvaja staadium TNM järgi vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Pahaloomulise kasvaja staadium](#));
  - **Histoloogiline diferentseerumise aste** – (vajadusel) kasvaja histoloogiline diferentseerumisaste hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Histoloogiline diferentseerumise aste](#));
  - **Lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu** – (vajadusel) täidetakse juhul, kui patoloogia uuringu alusel on tuvastatud lümfovaskulaarse invasiooni olemasolu.
- 4) **Välispõhjus** – (vajadusel) patsiendil haigusjuhtumi raames diagnoositud haiguse välispõhjus(ed), juhul kui need esinevad. Välispõhjuse märkimine on kohustuslik traumadiagnoosi korral. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- i. **Diagnoosi kood ja nimetus RHK-10 järgi** – (kohustuslik) välispõhjuse diagnoosi kood ja nimetus vastavalt RHK-10-le ([RHK-10](#)).

## 8 Suunamise andmed

Suunamise andmeplokis edastatakse patsiendi suunamiseks vajalikud andmed. Suunamise andmeplokk on täitmiseks kohustuslik. Täidetavad andmeväljad on järgnevad:

- 1) **Tervishoiutöötaja** – (vajadusel) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, andmed:
- i. **Tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi** – (kohustuslik) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, ees- ja perekonnanimi;
  - ii. **Tervishoiutöötaja registreerimistõendi number** – (vajadusel) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, Terviseameti registri registreerimistõendi number;
  - iii. **Tervishoiutöötaja eriala** – (vajadusel) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, eriala või kutse kood ja nimetus kehtiva klassifikaatori järgi ([Erialad](#));
  - iv. **Tervishoiutöötaja kontaktandmed** – (vajadusel) tervishoiutöötaja, kelle juurde suunatakse, kontakttelefoni number ja/või e-posti aadress.
- 2) **Tervishoiuasutus** – (kohustuslik) tervishoiuasutuse, kuhu patsient teenusele suunatakse, andmed:
- i. **Tervishoiuasutuse nimi** – (kohustuslik) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, TTO juriidilise isiku nimetus;
  - ii. **Tervishoiuasutuse (äri)registri kood** – (kohustuslik) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, TTO äriregistri number või muu registrijärgne kood;



- iii. **Tervishoiuasutuse kontaktandmed** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, kontakttelefoni number ja/või e-posti aadress;
- iv. **Tervishoiuasutuse aadress** – (vajadusel) tervishoiuasutuse, kuhu patsient suunatakse, juriidilise isiku tegevuskoha või konkreetse korpuse (praksise) aadress kujul:

- riigi 3-kohaline kood
- maakonna nimi
- linna/valla/vallasise linna nimi
- väikekoha nimi
- tänav, küla nimi
- maja number
- EHAK kood

- 3) **Teenuse kood ja nimetus** – (kohustuslik) teenus, kuhu patsient suunatakse vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#)).
- 4) **Suunamise eesmärk** – (kohustuslik) selgitus, mis eesmärgil patsient haiglaravile suunatakse.
- 5) **Haiglaravile saabumise aeg** – (vajadusel) kuupäev, millal patsient peab haiglasse saabuma, vajadusel ka kellaaeg.
- 6) **Planeeritav operatsioon** – (vajadusel) kui patsient suunatakse operatsioonile, siis märgitakse saatekirjale planeeritava operatsiooni andmed. Kõik andmeplokis olevad andmeväljad on täitmiseks kohustuslikud:
- i. **Planeeritava operatsiooni kood ja nimetus** – (kohustuslik) operatsiooni kood ja nimetus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([link](#)), kusjuures valitud operatsiooni nimetus sisaldab ka viidet opereeritavale kehapaikmele;
  - ii. **Lateraalsus** – (kohustuslik) opereeritava kehapaikme suunatäpsustus vastavalt hetkel kehtivale klassifikaatorile ([Kehapaikme suunatäpsustused](#)).
- 7) **Suunamise tingimused** – (kohustuslik) info suunamise kiiruse kohta.
- iii. **Prioriteedi tunnus** – (kohustuslik) kui patsiendi tervise seisundist tulenevalt on oluline, et patsient pääseks vastuvõtule esimesel võimalusel, siis prioriteedi tunnus CITO = jah. Vastasel juhul CITO = ei.
  - iv. **Prioriteedi põhjendus** – (vajadusel) prioriteedi tunnuse valiku põhjendus.

## 9 Varasemate uuringute/protseduuride andmed

Uuringute ja protseduuride andmeplokis tuuakse välja patsiendil teostatud oluliste uuringute ja protseduuride andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Andmeplokk täidetakse vaid juhul, kui teostati uuringuid või protseduure, mis ei ole radioloogilised, patoloogilised, laboratoorsed uuringud ega operatsioonidena kajastatavad. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 5) **Uuringu kood ja nimetus** – (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu või protseduuri kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)). Lisaks on võimalik sisestada ka SNOMED CT järgne kood ja nimetus, mis märgitakse sel juhul alternatiivkoodina.
- 6) **Teostamise kuupäev** – (kohustuslik) teostatud uuringu(te) või protseduuri(de) toimumise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM:SS.
- 7) **Uuringu kirjeldus** – (vajadusel) teostatud uuringu või protseduuri käigu ja/või tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Juhul kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse



hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut.

- 8) **Uuringu tulemus** – (vajadusel) vastavate uuringute hindamisel saadud tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori ([Kolposkoopia uuringu vastus](#)) alusel.

## 10 Varasemate endoskoopia uuringute andmed

### 10.1 Koloskoopia uuringud

Koloskoopia uuringute andmeplokis tuuakse välja teostatud koloskoopia uuringute andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised, koos vastustega. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 1) **Uuringu nimetus ja kood EHK järgi** - (kohustuslik) patsiendil teostatud uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#)).
- 2) **Ravimenetluse uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (vajadusel) kui koloskoopia uuringu raames viiakse läbi täiendavaid uuringuid või protseduure, siis vajadusel on võimalik lisada need Haigekassa hinnakirja koodidena. Näiteks, kui uuringu raames eemaldatakse polüüpe, siis on võimalik sellel andmeväljal märkida vastavad Haigekassa hinnakirjakoodid (näiteks 7596 – Endoskoopiline polüpektoomia) ([Haigekassa hinnakiri](#)).
- 3) **Ravimenetluste kirjeldus** – vajadusel on võimalik lisada täiendav kirjeldus vabateksti väljal seoses lisatud täiendavate läbiviidud uuringute või protseduuridega.
- 4) **Teostamise kuupäev** – (kohustuslik) teostatud koloskoopia uuringu teostamise aeg kellaaja täpsuses kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 5) **Uuringu ära jäämise või katkestamise põhjused** – (vajadusel) juhul, kui uuringut ei olnud võimalik läbi viia või uuring katkestati on vajalik märkida selle põhjus vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([Teostamata koloskoopia põhjus](#)). Näiteks juhul, kui patsient tuli uuringu tegemiseks kohale, kuid otsustas siis ümber, et ikkagi ei soovi uuringut, siis dokumenteeritakse see vastava väärtusega üaltoodud klassifikaatorist „patsient ei nõustunud koloskoopia uuringuga“.
- 6) **Uuringu kvalitatiivsed näitajad** – (võimalusel) läbi viidud uuringute puhul antakse ülevaade järgmistest uuringu teostamise käigus hinnatavatest näitajatest. Juhul, kui sektsioon täidetakse, on kõik väljad täitmiseks kohustuslikud:
  - i. **Soole ettevalmistuse kvaliteet** – (kohustuslik) vastavalt kehtivale klassifikaatorile määratakse, kas soole ettevalmistus uuringuks oli suurepärase, hea, rahuldav või halb ([Soole ettevalmistus](#)).
  - ii. **Umbsoolde jõudmine** – (kohustuslik) antud väljal fikseeritakse tõeväärtusena, kas uuringu käigus jõuti umbsoolde (jah või ei). Põhjus, miks umbsoolde ei jõutud, pannakse kirja uuringu kirjeldusse.
  - iii. **Koloskoobi väljatoomise aeg** – (kohustuslik) märgitakse aeg minutites täisarvuna, mis läks, et uuringu käigus koloskoopi välja tuua.
- 7) **Koloskoopia uuringu leiu andmed** – (võimalusel) antakse andmed uuringu tulemuse kohta. Koloskoopia tulemust ei saa anda siis, kui uuring jäi mingil põhjusel ära, mis dokumenteeritakse vastavalt punktis 3 toodule. Koloskoopia uuringul võib olla uuringul mitu tulemust/leidu erineva paikmega.
  - i. **Uuringu leid** – (kohustuslik) koloskoopia uuringu tulemus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel, näiteks „visuaalne vähkkasvaja kahtlus“ ([Koloskoopia uuringu leid](#)).
  - ii. **Uuringu leiu täpsustus** – (vajadusel) uuringu leiu täpsustus vabatekstina.
  - iii. **Leiu paige** – (võimalusel) koloskoopia leiu paige vastavalt kehtivale klassifikaatorile ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).

iv. **Leiu paikme kirjeldus** – (vajadusel) määratud leiu paikme täpsustus vabatekstina.  
v. **Polüüp** (vajadusel) sektsioon täidetakse juhul, kui uuringu leid on määratud vastavalt klassifikaatorile "polüüp". Juhul, kui sektsioon täidetakse, on kõik väljad täitmiseks kohustuslikud:

- **Polüübi suurus** – polüübi suurust väljendav number millimeetrites täisarvuna.
- **Polüübi kuju** – polüübi kuju iseloomustav väärtus vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks „pindmine“ ([Polüübi kuju](#)).
- **Polüübi koe endoskoopiline hinnang** – polüübi koe hinnang vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks „visuaalselt on kude ebaselge“ ([Polüübi koe hinnang](#)).
- **Polüübi eemaldamise täielikkus** – polüübi eemaldamise seis vastavalt kehtivale klassifikaatorile, kas „täielik eemaldamine“, „eemaldamine mittetäielikult või tükkahaaval“ või „jää eemaldamata“ ([Polüübi eemaldamise täielikkus](#)).

vi. **Histoloogia tellimus** – (vajadusel) dokumenteeritakse iga polüübi või võetud koetüki kohta, kas selle kohta tehti histoloogia tellimus:

- **Histoloogia tellimuse olemasolu** – (kohustuslik) tõeväärtus (jah/ei), kas uuringu leiuga seoses tehti histoloogia tellimus.

8) **Koloskoopia uuringu tüsistused** – (vajadusel) kui koloskoopia uuringu käigus tekkis tüsistusi, siis märgitakse need uuringu tüsistuste sektsioonis.

- Tüsistused** – (kohustuslik) dokumenteeritakse tüsistuse nimetus vastavalt kehtivale klassifikaatorile, näiteks verejooks ([Koloskoopia uuringu tüsistused](#)). Tüsistusi on võimalik märkida vajadusel mitu.
- Tüsistuste kirjeldused** – (vajadusel) on võimalik vajadusel anda vabatekstiline täpsustus dokumenteeritud tüsistuste kohta.

## 11 Varasemate radioloogiliste uuringute andmed

Radioloogiliste uuringute andmeplokis edastatakse uuringute andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

9) **Uuringu kood ja nimetus EHK järgi** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu kood koos nimetusega Haigekassa hinnakirja ([Haigekassa hinnakiri](#)) alusel. Võimalik lisada üks põhikood ning selle juurde lisakoode.

10) **Uuring meditsiiniradioloogia ja nuklearmeditsiini protseduuride loetelu järgi** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu või protseduuri nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori järgi ([Radioloogiline uuring](#)).

11) **Uuringu liik** – (võimalusel) lisatakse teostatud radioloogilise uuringu liik hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu liik](#)).

12) **Uuringu teostamise aeg** – (kohustuslik) teostatud radioloogilise uuringu teostamise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM. Kui uuringu käigus tehakse mitu pilti, siis esimese pildi tegemise aeg.

13) **Kehapiirkond** – (võimalusel) kehapiirkond, mida uuriti, hetkel kehtiva klassifikaatori järgi. Uuritavaid kehapiirkondi võib olla mitu ([Kehapiirkond](#)).

14) **Ülesvõtte andmed** – sisestatakse ülesvõtte täpsemad andmed:

- Ligipääsunumber (Accession Number)** – (võimalusel) lisatakse teostatud uuringu unikaalne identifikaator ehk ligipääsunumber. Kui ülesvõtte on

konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.

- ii. **SUID** – (võimalusel) teostatud radioloogilise uuringu ülesvõtte või pildiseeria unikaalne identifikaator, mis omistatakse igale radioloogilise uuringu käigus tehtud üksikpildile ja/või pildiseeriale, mis ei ole uuringu raamistikus eraldi käsitletavad. Kui ülesvõtte on konverteeritud DICOM formaati, siis peab olema määratud kas Accession Number või SUID.
- iii. **Kiirgusdoos** – (võimalusel) patsiendile suunatud radioloogilise kiirgusdoosi hulk ning ühik vabateksti väljale.

**15) Uuringu kirjeldus** – (kohustuslik esimese kirjelduse korral) teostatud radioloogilise uuringu käigu ning ülesvõtte kirjeldus vabatekstiväljal. Mitme hindaja korral on kirjelduse lisamine kohustuslik vaid esimese hindaja puhul ning teine hindaja võib esimesega nõustudes mitte lisada enda poolset kirjeldust. Juhul, kui vastava uuringu kohta on olemas ka tulemuse hindamiseks loend, tulemust eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Sel juhul kirjeldatakse vaid uuringu käiku ja muud uuringu hindamisega seotut. Uuringu tulemuse „normist kõrvalekallet ei esine“ korral on lubatud uuringu kirjelduse väljale dubleerida tekst „normist kõrvalekallet ei esine“.

**16) Uuringu tulemus** – (võimalusel) uuringute hindamisel saadud tulemus on võimalik anda hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Radioloogilise uuringu tulemus](#)). Tulemusi võib olla mitu, kui uuringul on rohkem kui üks hindaja. Sel juhul annab iga hindaja oma tulemuse, aga lõplikult antakse ka konsensuslik tulemus esimese hindaja poolt. Uuringu tulemus on kohustuslik üksnes sõeluuringu patsiendi mammogrammi, ultraheli ja MRT korral.

## 12 Varasemate patoloogia uuringute andmed

Patoloogia uuringute andmeplokis tuuakse välja teostatud uuringute andmed koos vastustega, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

**20) Uuringu kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud uuringu kood ja nimetus LOINC-i järgi (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).

**21) Uuringu alternatiivkood ja -nimetus EHK järgi** – (vajadusel) teostatud uuringu kood ja nimetus kehtiva Haigekassa hinnakirja järgi ([Haigekassa hinnakiri](#)). Uuringu alternatiivkoode võib olla mitu.

**22) Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.

**23) Proovimaterjali tüüp** – (kohustuslik) proovimaterjali tüüp hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali tüüp meditsiinilaborites](#)).

**24) Uuringu paige** – (kohustuslik) kehapiirkond, kust uuringu proovimaterjal võeti hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Proovimaterjali uuringu paige](#)).

**25) Märkused** – (vajadusel) märkused proovimaterjali kohta vabatekstiväljal.

**26) Patomorfoloogiline kirjeldus** – (kohustuslik) teostatud patoloogia uuringu tulemuse kirjeldus vabatekstiväljal. Juhul kui vastava uuringu põhjal määratud patomorfoloogilist diagnoosi saab dokumenteerida vastavast klassifikaatorist, siis esitatakse see diagnooside sektsioonis ning eraldi kirjelduse alla enam ei lisata. Kuna uuringul võib olla mitu hindajat, on iga uuringu kirjelduse juures viide hindaja identifikaatorile (tervishoiutöötaja kood või isikukood).

### 13 Varasemate laboratoorsete uuringute andmed

Laboratoorsete uuringute ehk analüüside andmeplokis edastatakse analüüside andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 7) **Analüüsi kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) teostatud analüüsi kood ja nimetus LOINC-i järgi (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>).
- 8) **Parameetri kood ja nimetus LOINC järgi** – (kohustuslik) kui analüüsil on parameeter olemas, siis kirjeldatakse parameeter LOINC-i klassifikaatori alusel (<http://www.kliinikum.ee/yhendlabor/labor/>). Kui parameeter puudub, lisatakse välja vaikselt tehniline kood „ANA“. Analüüsi parameeter esitatakse kompleksuuringute korral ehk juhul, kui uuritakse enam kui ühte komponenti ühe analüüsi puhul (näiteks analüüs: BCBC; Parameetrid: B-WBC, B-RBC, B-HGB jne).
- 9) **Referentsväärtus** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi referentsväärtuste all kirjeldatakse maksimaalset üks konkreetne väärtus, mis vastab antud patsiendi vanusele, soole jm seisunditele ja näitajatele (nt proovi võtmise aeg, rasedus jne). Referentsväärtus kirjeldatakse kas arvilise vahemikuna, tulemusel kasutatava loendiga või tekstilise väärtusena (nt „korras“). Arvilisele vahemikule lisatakse ka mõõtühik. Lisaks on võimalik üle kanda referentsväärtuse tõlgendus, mis on analüüside tellimusele kaasa lisatud arsti poolt, elemendis „Referentsväärtuse tõlgendus“.
- 10) **Otsustuspiir** – (vajadusel) igale parameetrile lisatakse kas referentsväärtus või otsustuspiir. Analüüsi otsustuspiiri all kirjeldatakse riskide piirid. Näiteks: S-CRP-hs otsustuspiirid on: <1,0 mg/L (madal kardiovaskulaarne risk), 1,0-3,0 mg/L (keskmine risk) ja >3,0 mg/L (kõrge risk). Kirjeldatakse vaid otsustuspiir, mis vastab antud analüüsi vastusele. Otsustuspiir kirjeldatakse arvilise vahemiku või näitajaga, millele lisatakse ka mõõtühik.
- 11) **Proovimaterjali võtmise aeg** – (kohustuslik) teostatud laboratoorse uuringu proovimaterjali võtmise aeg kujul PP.KK.AAAA HH:MM.
- 12) **Analüüsi tulemus** – (kohustuslik) analüüsi tulemus kas numbriliselt, tekstiliselt või vastava uuringu tulemuse hindamise hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Kvalitatiivse uuringu vastus](#), [Külviuuringu vastus](#), [Mikrobioloogilise uuringu vastus](#), [Antibiootikumtundlikkuse uuringu vastus](#), [Vererühmad](#) või [Reesusvererühmad](#)).

### 14 Varasemate operatsioonide andmed

Operatsioonide andmeplokis tuuakse välja patsiendil teostatud operatsioonide andmed, mis on edasise teenuse osutamise seisukohalt olulised. Kui andmeplokki täidetakse, on teatud andmeväljad kohustuslikud:

- 7) **Operatsiooni kood ja nimetus** – (kohustuslik) operatsiooni kood ja nimetus NOMESCO kirurgiliste protseduuride klassifikatsiooni (NCSP) alusel ([NCSP](#));
- 8) **Operatsiooni lisakood** – (vajadusel) lisaks NCSP põhikoodile on võimalik juurde lisada täpsustavaid koode Haigekassa hinnakirja alusel ([Haigekassa hinnakiri](#));
- 9) **Operatsiooni kirjeldus** – (kohustuslik) operatsiooni käigu ja tegevuste kirjeldus vabatekstiväljal;
- 10) **Toimumise kuupäev** – (kohustuslik) operatsiooni läbiviimise kuupäev kujul PP.KK.AAAA;

**11) Anesteesia liik** – (vajadusel) anesteesia liigi kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel ([Anesteesia liigid](#));

**12) Operatsiooni lisavahendid** – (vajadusel) operatsiooni käigus kasutatud lisavahendi(te) Haigekassa hinnakirja kood ja nimetus hetkel kehtiva klassifikaatori alusel juhul, kui operatsiooni käigus lisavahendeid kasutati ([EHK 2008a. hinnakirja meditsiiniseadmed](#)).

## 15 Märkused

Märkuste andmeplokis tuuakse vajadusel välja kommentaare või märkusi teostatud toimingute kohta või antakse saatekirja saajale täiendavat informatsiooni.

**2) Märkuste kirjeldus** – (vajadusel) tuuakse vabatekstiväljal välja teostatud uuringute protseduuridega seotud vajalikud märkused kas uuringute endi kohta või täiendavat infot, mis võib saatekirja vastuvõtjale vajalikuks osutuda. Võimaldab ka lisada juhised patsiendile: kuidas enne teenusele minekut ennast ette valmistada jms.