

SAATEKIRI SUUNAMISEKS KETAMIINRAVILE

Täitja: Kuupäev:

Patsiendi nimi: Isikukood:

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

Telefoninumber: E-mail:

Diagnoos(id):

Raviresistentsuse põhjendus:

Kehalised haigused (sh anamneesis):

Vastunäidustuste esinemine (juhul, kui on):

Kasutatavad ravimid:

Muu oluline lisainfo (vajadusel):

Kehaline seisund (hinnatuna viimase kuu jooksul):

Kehakaal: Pikkus: Allergiate esinemine:

Vererõhk: /kuupäev: EKG leid: /kuupäev:

Vereanalüüside tulemused (kas esineb kliiniliselt olulisi kõrvalekaldeid):

..... /kuupäev:

Soovitav on enne protseduure ära jätta ravimid, mis võivad vähendada raviefektiivsust:

1. Bensodiasepiinid 2. Lamotrigiin 3. Opioidid 4. Opioidi antagonistid