

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.: **ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση κατοικίας:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλ.:
Ημ/νία γέννησης:	Ηλικία:	Τόπος γέννησης:
Επάγγελμα:	Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου :	
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	Όνοματεπώνυμο	Τηλ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	Έμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:	Όνοματεπώνυμο
Ασφ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	Αρ. Βιβλ.:	Κωδ. Κοιν.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή για εισαγωγή από τον ιατρό: Κωδικός Ιατρού:

A. **Επείγουσα εισαγωγή:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: Άλλο:

B. **Προγραμματισμένη εισαγωγή:**

Αιτία εισαγωγής:	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):
------------------	-----------------------------

Παρατηρήσεις εισόδου:

Κλινική εισαγωγής: Κωδικός Κλινικής:

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ**ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:**Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

..... / / 202

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

*Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥΝ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

15

6136

14
473

ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ / ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφαλ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η ανωτέρω ασθενής

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

Νοσηλεύθηκε στην κλινική, από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Οι εξετάσεις έδειξαν

ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(κωδικός)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(κωδικός)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(κωδικός)	<input type="text"/>

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί

- Για έγκριση από τον Ασφαλιστικό του Φορέα
- Για έγκριση από Υγειονομική Επιτροπή

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝ..... ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Ο/Η Ιατρός

2.000 / μήνα

13

ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:
ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ημερομηνία εξόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΛΛΕΡΓΙΑ:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

Φάρμακα	Ημερομηνία							
	Ωρα	Μονομερή	Διμερή	Μονομερή	Διμερή	Μονομερή	Διμερή	Μονομερή
Όνομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Όνομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Όνομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Όνομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Όνομασία								
Δόση:								
Οδός:								

HM/NIA	Na	K	Ca	P	Mg	ΟΥΡΙΑ	ΚΡΕΑΤ.	ΣΑΚΧ.	CRP	SGOT	SGPT	ALP	γGT	ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ			ΑΜΥΛΑΣΗ		ΔΕΥΚΩΜΑΤΑ			CPK	CPK (MB)	LDH	hsTnl	
														ΟΛΙΚΗ	AM.	EM.	ΟΡΟΥ	ΟΥΡΩΝ	ΟΛΙΚΑ	ΑΔΒ.	ΣΦΑΙΡ.					



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



4.000 / μήνα

14

ΚΩΔ. Ν003

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:
ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____
 Ημερομηνία Γέννησης: _____
 Ημερομηνία εισαγωγής: _____ Ημερομηνία εξόδου: _____
 ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΛΛΕΡΓΙΑ: _____ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ: _____

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ	Ημερομηνία							
	Ωρα	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

6093

42

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ :

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΤΑΘΜΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Παρακαλούμε να μας χορηγήσετε για τον νοσηλευόμενο

.....
ανήκοντα στην ομάδα Rh

.....
.....Κ.Ε. | Ολικού αίματος
..... Συμπεπυκνωμένων ερυθρών
..... πλάσματος

.....
.....
.....

Σπάρτη 202.....

Ο Επιμελητής

Παρελήφθη
Η Προϊσταμένη αδελφή

Ο Παραδούς
Διευθυντής Σταθμού

48385



40

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Όνομα: Επώνυμο: Πατρώνυμο:

Ηλικία: Ασφάλεια: ΑΜΚΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ:

Ημερομηνία: Τακτικό: Έκτακτο:

Διάγνωση:

Είδος επέμβασης:

Κλινική:

Χειρουργός Ιατρός:

Βοηθοί:

Αναισθησιολόγος:

Επιπλοκές:

Παρατηρήσεις:

Ο/Η Χειρουργός Ιατρός



ΤΜΗΜΑ : ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΚΑΡΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡ. ΑΣΘ.

ΚΛΙΝΙΚΗ:	ΑΙΘΟΥΣΑ:	ΗΜ/ΝΙΑ:
ΟΝΟΜ/ΜΟ:		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΗΛΙΚΙΑ:	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	ΑΣΦΑΛΕΙΑ:	
ΤΑΚΤΙΚΟ: <input type="checkbox"/>	ΕΚΤΑΚΤΟ: <input type="checkbox"/>	
ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ:	
ΩΡΑ ΕΞΟΔΟΥ:	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ:	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:		
ΕΛΕΓΧΟΣ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ: ΔΟΝΤΙΑ <input type="checkbox"/>	ΧΡΥΣΑΦΙΚΑ <input type="checkbox"/>	ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ <input type="checkbox"/>
ΟΥΡΑ: ΕΙΣΟΔΟΣ	ΕΞΟΔΟΣ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:		
ΕΠΕΜΒΑΣΗ:		
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ:	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ:	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ:		
ΒΟΗΘΟΙ ΙΑΤΡΟΙ:		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ:		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:		
ΝΟΣΟΚΟΜΟΣ:		
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ:		
ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ:		
ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:		
ΑΙΜΑ:		
ΠΛΑΣΜΑ:		
ΥΠΟΚ/ΤΟ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ:		
ΣΦΥΞΕΙΣ:		
ΠΙΕΣΗ:		

ΜΕΤΡΗΣΙΜΟ - ΧΡΕΩΣΙΜΟ ΥΛΙΚΟ

ΓΑΖΕΣ ΜΕΓΑΛΕΣ:

ΓΑΖΕΣ ΜΙΚΡΕΣ:

ΚΟΜΠΡΕΣΕΣ:

ΤΟΥΛΙΠΙΑ ΜΙΚΡΑ:

ΜΕΓΑΛΑ:

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΥΓΡΟΥ:

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ:

ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΛΙΚΟ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

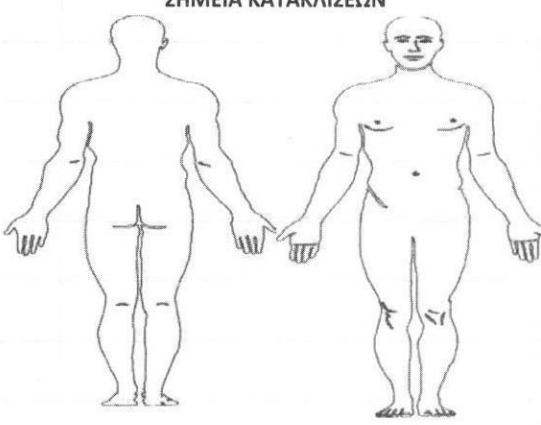
ΚΛΙΝΗ:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Διάγνωση:	Συνοδές Παθήσεις:	
Ημερομηνία εισαγωγής:	Εξόδου:	Ημερομηνία Εκτίμησης: Επανεκτίμησης:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:	ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ 
	ΧΡΩΜΑ:	<input type="checkbox"/> ΕΡΥΘΡΟ <input type="checkbox"/> ΚΥΑΝΟ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ	
	ΣΤΕΓΝΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
	ΥΓΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
	ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
	ΣΚΛΗΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
	ΘΕΡΜΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
	ΨΥΧΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΕΣΧΑΡΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΕΞΙΔΡΩΜΑ:	<input type="checkbox"/> ΟΡΩΔΕΣ <input type="checkbox"/> ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ <input type="checkbox"/> ΠΥΩΔΕΣ		
ΟΣΜΗ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
ΠΟΝΟΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		

ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΥΑΡ)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχειας	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Μερικού πάχους απώλεια δέρματος	Επηρεάζει την επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται κλινικά σαν εκδορά ή σαν φλύκταινα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περιλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ, στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθει ιστών	Μωβ ή κυανέρυθρη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιπολούς δέρματος ή φυσαλίδα γεμάτη με αίμα εξαιτίας βλάβης των υποκείμενων μαλακών μορίων. Οι παρακείμενοι ιστοί μπορεί να είναι σφικτοί, μαλακοί, εύθρυπτοι, ψυχροί ή θερμοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



31

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ											
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ											
Επώνυμο:			Όνομα:				Πατρώνυμο:				
Ημερομηνία Γέννησης:			Ηλικία:								
Ημερομηνία εισαγωγής:											
ΠΡΟΣΟΧΗ			ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:								
ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:		Rh:	Προγραμματισμένη μετάγγιση:				Επείγουσα μετάγγιση:				
Προηγούμενες μεταγγίσεις: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			Εάν ναι, ημερομηνία:								
Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε:											
ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ:			<input type="checkbox"/> ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ		<input type="checkbox"/> ΠΛΑΣΜΑ (FFP)		<input type="checkbox"/> ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT)		<input type="checkbox"/> ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ		<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:
Ποσότητα: ml											
Τύπος / μέγεθος καθετήρα:			Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ			<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΚΟΥ								
Ωρα Έναρξης:			Ωρα λήξης:								
		ΠΡΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	15 ΛΕΠΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ		ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ						ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ
					ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:
ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ											
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ											
ΣΦΥΞΕΙΣ											
ΑΝΑΠΝΟΕΣ											
ΑΡΤΗΡ. ΠΙΕΣΗ											
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ											
ΕΜΕΤΟΣ											
ΝΑΥΤΙΑ											
ΔΥΣΠΝΟΙΑ											
ΔΥΣΦΟΡΙΑ											
ΡΙΓΟΣ											
ΠΥΡΕΤΟΣ											
ΕΡΥΘΗΜΑ / ΕΞΑΝΘΗΜΑ											
ΚΝΗΣΜΟΣ											
ΑΛΓΟΣ (ΚΟΙΛΙΑΚΟ Η ΘΩΡΑΚΙΚΟ)											
ΑΛΛΟ:											
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:											
ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Όνομ/σία, δόση, οδός, ώρα, ονομ/μο)											
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:											



32

5986

Κλινική

Α/Α	Όνοματεπώνυμο ασθενούς	Ημ/νία	Εισιτήρια	Εξιτήρια	Μεταφορές		Δύναμη
					από Κλιν.	σε Κλιν.	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
ΣΥΝΟΛΟ							

33

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Νο 2



6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

Δέκτης:

Ομάδα : Rh :

Δότης : Νο ασκού : Όριο χρήσης :

Ομάδα : Rh :

Συμβατό

Ο εκτελέσας την διασταύρωση



34

6066

Κλινική
Ημερομ. ώρα π.μ.
..... μ.μ.

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Καθορισμός ομάδας αίματος ABO, Rh και εξετάσεις συμβατότητας

Όνομα ασθενούς
..... Επώνυμο Όνομα
Όνομα | πατρός Ηλικία
| συζύγου
Διάγνωση ημερομ. εισόδου

Εάν προβλέπεται μετάγγιση να συμπληρωθούν τα κάτωθι

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; Πότε;
Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; Ητ;
Σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών: Αναφέρονται στο αναμνηστικό: γέννηση
νεκρού εμβρύου: αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού:

Σημειώστε την περίπτωση

- Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα
Σημειούται ΜΟΝΟ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και υπ' ευθύνη του εντελλομένου τη μετάγγιση γιατρού. Πάσα σπουδή στις εξετάσεις συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.
- Μετάγγιση κατά την εγχείρηση
ημερομηνία
- Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι
εξετάσεις συμβατότητας
- Εξέταση συμβατότητας προληπτικώς
- Μετάγγιση μη επείγουσα
- Καθορισμός ομάδας ABO, Rh

Ζητούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, φιάλες Πλάσματος, φιάλες
(φιάλη αίματος=350ml) (φιάλη πλάσματος=350ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, φιάλες Πλυμένων ερυθρών, φιάλες

Ο ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ

Τα κάτωθι συμπληρώνονται από το Εργαστήριο του Σταθμού:

Ομάδα ABO Rh Φαινότυπος Rh

Αριθμοί φιαλών	ABO και Rh	Σε φ	Σε λεύκωμα	Βρωμελάιν	Coombs
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ημερομηνία Υπογραφή

36

5878



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ : _____

Δ/ΝΤΗΣ: _____

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

- HBsAg
- HBeAg
- αντι - HBe
- αντι - HBs
- αντι - HBc
- αντι - HbcgM
- αντι - HCV
- αντι - HavgM
- αντι - HavGM
- αντι - δ
- αντι - HIV 1, 2
- RPR
- ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΡΕΖΟΥΣ
- άμεσος Coombs
- έμμεσος Coombs
- H+

ΣΠΑΡΤΗ _____ 202____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΓΙΑΤΡΟΥ

ΕΚΤΥΠΩΣΗ: Γ. & Χ. ΠΑΛΟΥΜΠΑΣ Ο.Ε. Τηλ.: 210-2445770



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A.M.K.A.	<input type="text"/>	Ημ. Γέννησης	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Ημ.	Μην.	Έτος	
	<input type="text"/>	Το Γένος (για παντρεμένες γυναίκες)			
Επίθετο	<input type="text"/>	Φύλο	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Όνομα	<input type="text"/>	Άνδρας	Γυναίκα		

ΑΚΡΙΒΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΡΟΗΓΘ. ΙΣΤΟΛ. ή ΚΥΤΤ. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ, ΠΟΡΙΣΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΞΕΤΑΣΑΝΤΟΣ

Ο Ιατρός

Υπογραφή & Σφραγίδα



39



ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ - ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΥΓΡΩΝ - ΚΕΝΩΣΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΤΜΗΜΑ:

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	Α/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7-3	7-3	7-3
	9								
	12						3-11	3-11	3-11
	3								
	6						11-7	11-7	11-7
	9								
	12								
	3						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	Α/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7-3	7-3	7-3
	9								
	12						3-11	3-11	3-11
	3								
	6						11-7	11-7	11-7
	9								
	12								
	3						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	Α/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7-3	7-3	7-3
	9								
	12						3-11	3-11	3-11
	3								
	6						11-7	11-7	11-7
	9								
	12								
	3						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ν^ο 5
27

Ημ/νία: _____
Barcode

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ _____
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημ/νία Γέννησης:/...../.....	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν / <input type="checkbox"/> Θήλυ
Τόπος γέννησης: (Χώρα - Περιφέρεια)		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση: (οδός - αρ.)		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		E-mai:	
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:		ΑΜΚΑ:	

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

<input type="checkbox"/> 1. Εθελοντικά	
<input type="checkbox"/> 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου συλλόγου / Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: _____ Σύλλογος / Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
<input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	_____
<input type="checkbox"/> 4. Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: _____ Νοσοκομείο νοσηλείας: _____
<input type="checkbox"/> 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου **ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ**
(δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)

ΠΡΟΣΟΧΗ - ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
 - Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
 - Όποιος ή όποια είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
 - Όποιος ή όποια είχε πάρει PrEP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
 - Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex).
 - Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C.
 - Ερωτικοί σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενων ατόμων.
 - Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.
- Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον Ιατρό της Αιμοδοσίας.
ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από : (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/> 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	<input type="checkbox"/> 2. Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/> 3. Ταυτότητα Ε.Δ. / Σ.Α.
<input type="checkbox"/> 4. Διαβατήριο	<input type="checkbox"/> 5. Βιβλιάριο Υγείας	<input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημόσιου εγγράφου:		

ΓΕΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδοτή)

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά; **ΝΑΙ:** **ΟΧΙ:** Πότε δώσατε τελευταία φορά;

Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Είχατε ποτέ μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία / Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένειά σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt-Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΚΑΝΑΤΕ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνος του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να ποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατέθεμα εν επιγνώσει να προωθώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.

• Βεβαιώνω ότι το αίμα μου είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.

• Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.

• Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί ο νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.

• Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 26 και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στην τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση, πρόσβαση, αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο / Η Αιμοδοτής

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ.): mm/Hg Σφύξεις: /min Θερμοκρασία: °C Βάρος: Kg

Αιματοκρίτης: % Αιμοσφαιρίνη: gr/dl Ύψος: m

Δότης: Ολικού αίματος / Αιμοπεταλίων

Γενική Εντύπωση:

O αιμοδοτής είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ΝΑΙ / ΟΧΙ

O/H ενεργήσας την επιλογή

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος ασκού αιμοληψίας:	<input type="checkbox"/> Διπλός	<input type="checkbox"/> Παιδιατρικός	O/H ενεργήσας την αιμοληψία
	<input type="checkbox"/> Τριπλός	<input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος	
	<input type="checkbox"/> Τετραπλός		
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	



26

54795

ΚΩΔ. Ν004

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΩΡΑ	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ						ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ			ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ 8ΩΡΟΥ:	ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ 8ΩΡΟΥ:	ΙΣΟΖΥΓΙΟ 8ΩΡΟΥ:	ΟΝΟΜ/ΜΟ / ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΣ			ΕΝΤΕΡΙΚΩΣ			ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ				
	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΡΟΗ (ml/h)	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ							
07-08													
08-09													
09-10													
10-11													
11-12													
12-13													
13-14													
14-15													
ΣΥΝΟΛΟ													
15-16													
16-17													
17-18													
18-19													
19-20													
20-21													
21-22													
22-23													
ΣΥΝΟΛΟ													
23-24													
24-01													
01-02													
02-03													
03-04													
04-05													
05-06													
06-07													
ΣΥΝΟΛΟ													
ΣΥΝΟΛΟ 24ΩΡΟΥ													

ΙΣΟΖΥΓΙΟ 24ΩΡΟΥ:



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ:

ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ:

Υγειονομικού Προσωπικού:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Διάγνωση εισαγωγής:

Αριθμός Μητρώου Εισαγωγής:

Ημερομηνία Γέννησης:

Θεράπων Ιατρός:

Κλίμακα Morseσκορ κατά την εισαγωγή:

ΣΥΜΒΑΝ/ΑΤΥΧΗΜΑ:

ΧΩΡΟΣ:

ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΔΩΜΑΤΙΟ:

ΩΡΑ:

ΜΑΡΤΥΡΑΣ:

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (εάν δεν αφορά ασθενή μην παραλείψετε να καταγράψετε τα στοιχεία του θύματος):

ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ:

ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΕΛΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΙΑΦΑΛΕΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Α/Α ΑΝΑΦΟΡΑΣ:

23

ΗΜ/ΝΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:	ΩΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:
Η ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΓΙΝΕ ΑΠΟ:	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ:	ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΑΦΟΡΑ ΣΕ:	<input type="checkbox"/> ΑΣΘΕΝΗΣ, <input type="checkbox"/> ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ, <input type="checkbox"/> ΣΥΝΟΔΟΣ/ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ, <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:

*Η αναφορά συμβάντος παραδίδεται στο γραφείο ποιότητας από τον συντάκτη έως την επόμενη εργάσιμη ημέρα.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ		
		ΩΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:
ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΣΥΝΕΒΗ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:		
<p>Φροντίδα ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> λάθος ταυτοποίηση ασθενούς <input type="checkbox"/> λάθος ταυτοποίηση δείγματος <input type="checkbox"/> φαρμακευτικό λάθος (π.χ. συνταγογράφηση- παραγγελία- χορήγηση) <input type="checkbox"/> έλκη που αναπτύσσονται κατά τη νοσηλεία <input type="checkbox"/> λάθη κατά τη διαδικασία της μετάγγισης αίματος <input type="checkbox"/> ενδοноσοκομειακή λοίμωξη <input type="checkbox"/> αλλεργική αντίδραση <input type="checkbox"/> 	<p>Ασφάλεια ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> τραυματισμός που δεν σχετίζεται με πτώση <input type="checkbox"/> πτώση <input type="checkbox"/> σίτιση <input type="checkbox"/> λάθη που σχετίζονται με την χειρουργική επέμβαση <input type="checkbox"/> αποχώρηση άνευ άδειας <input type="checkbox"/> άρνηση νοσηλείας <input type="checkbox"/> άρνηση θεραπειών <input type="checkbox"/> λεκτική επίθεση <input type="checkbox"/> επιθετική συμπεριφορά <input type="checkbox"/> κακοποίηση ευάλωτου ασθενούς <input type="checkbox"/> 	<p>Εξοπλισμός/Υλικά</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> κακός χειρισμός <input type="checkbox"/> μη διαθέσιμο υλικό <input type="checkbox"/> εκτός λειτουργίας εξοπλισμός <input type="checkbox"/> ελλιπής συντήρηση <input type="checkbox"/> αστοχία/δυσλειτουργία <input type="checkbox"/> ληγμένο υλικό <input type="checkbox"/> υπολογιστικά συστήματα <input type="checkbox"/> υποδομή <input type="checkbox"/>
<p>Πυρκαγιά/Φύλαξη κτιρίων</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> καπνός/πυρκαγιά <input type="checkbox"/> απώλεια προσωπικών ειδών <input type="checkbox"/> μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση <input type="checkbox"/> ψευδές σήμα συναγερμού <input type="checkbox"/> κλοπή <input type="checkbox"/> 	<p>Προσωπικό</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> έκθεση σε σωματικά υγρά <input type="checkbox"/> τρύπημα από αιχμηρό αντικείμενο <input type="checkbox"/> έκθεση σχετιζόμενη με εργασία <input type="checkbox"/> ατύχημα <input type="checkbox"/> ανεπαρκείς πόροι <input type="checkbox"/> ηθικά ζητήματα <input type="checkbox"/> 	<p>Διαδικασίες</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ελλιπής τεκμηρίωση <input type="checkbox"/> απώλεια αρχείων <input type="checkbox"/> μη διαθέσιμος ατομικός φάκελος ασθενή <input type="checkbox"/> μη τήρηση διαδικασίας <input type="checkbox"/> μη αναγνωρίσιμες καταχωρήσεις <input type="checkbox"/> διοικητικά θέματα <input type="checkbox"/>
<p>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (Συμπληρώνεται από τον αναφέροντα)</p> <p>(Λεπτομερής περιγραφή του συμβάντος: Σε ποιους συνέβη; Τι συνέβη; Πού συνέβη; Πότε συνέβη; Γιατί συνέβη; Πως συνέβη; Ποιοι και με ποιο τρόπο ενεπλάκησαν στο συμβάν; Ποιοι μαρτυρούν το συμβάν; Τι αντίκτυπο είχε το συμβάν;) ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΠΟΨΕΙΣ</p>		

Blank area for drawing or photograph of the defect.

ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ

*Εάν πρόκειται για ασθενή καταγράψτε ονομ/μο, φύλο και αριθμό μητρώου

Blank area for name and details of involved parties.

ΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ (Συμπληρώνεται από τον Προϊστάμενο ή Τομεάρχη)

Blank area for actions taken after the incident.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Blank area for quality office investigation.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΥ/ΤΟΜΕΑΡΧΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η συμπλήρωση της αναφοράς δεν αποτελεί αποδοχή ευθύνης οποιουδήποτε είδους για οποιοδήποτε άτομο.

Οποιοδήποτε υλικό ή εξοπλισμός που ενεπλάκη στο συμβάν πρέπει να κρατηθεί για εξέταση.

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.: **ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση κατοικίας:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλ.:
Ημ/νία γέννησης:	Ηλικία:	Τόπος γέννησης:
Επάγγελμα:	Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου :	
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	Όνοματεπώνυμο	Τηλ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	Έμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:	Όνοματεπώνυμο
Ασφ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	Αρ. Βιβλ.:	Κωδ. Κοιν.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή για εισαγωγή από τον ιατρό: Κωδικός Ιατρού:

A. **Επείγουσα εισαγωγή:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: Άλλο:

B. **Προγραμματισμένη εισαγωγή:**

Αιτία εισαγωγής:	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):
------------------	-----------------------------

Παρατηρήσεις εισόδου:

Κλινική εισαγωγής: Κωδικός Κλινικής:

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ**ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:**Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

..... / / 202

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

*Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα

