No 7.

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Το αίμα του υπ' αριθ. ..... ασκού

Ομάδας Rh - ..... ΚΛΙΝΙΚΗ .....

Βρέθηκε ΣΥΜΒΑΤΟ προς το αίμα του ασθενή

.....

Ομάδας Rh ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ .....

Ημερομηνία ..... 20' ....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΤΕΛΕΣΑΝΤΟΣ ΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ

ΙΑΤΡΕΙΟ .....

ΜΗΤΡΩΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Α/Α	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ		ΠΑΘΗΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
		ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..... ΑΜΚΑ:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ..... ΗΛΙΚΙΑ: ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ Ή ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΛΑΩΝ

ΒΙΒΛΙΟ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΩΝ

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ ΩΡΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΕΚΤΟΥ	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΝΟΣΟΣ	ΟΜΑΣ Rh	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΑΛΗΣ	ΟΜΑΣ Rh ΔΕΚΤΟΥ	ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ (ΕΝΖΥΜΑ) ΠΕΡΙΒ. 37ο Ν/S, ΕΜ COOMBS	ΟΝΟΜ. ΥΠΟΓΡ. ΕΚΤΕΛ.	ΗΜ/ΜΗΝΙΑ ΩΡΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡ. ΠΑΡΑΛΑΜΒ.	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡ. ΠΑΡΑΔΙΔ.

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

Αύξ. αριθ. .....
Αριθ. Μητρώου.....
ΑΣΦΑΛΕΙΑ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ:_____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:_____ ΗΛΙΚΙΑ:_____

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:_____

ΑΙΘΟΥΣΑ:_____ ΤΑΚΤΙΚΟ ☐ ΕΚΤΑΚΤΟ ☐

ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:_____ ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ:_____

ΩΡΑ ΕΞΟΔΟΥ:_____ ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ:_____

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:_____

ΕΠΕΜΒΑΣΗ:_____

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ:_____ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ:_____

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ:_____

ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΑ:_____

ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:_____

_____

_____

ΑΙΜΑ:_____

HEAMACELLE:_____

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ:_____ ΒΟΗΘΟΣ ΧΕΙΡ/ΓΟΥ:_____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:_____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΡΙΑ:_____

ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΓΑΖΩΝ

ΓΑΖΕΣ ΜΕΓΑΛΕΣ:_____

ΓΑΖΕΣ ΜΙΚΡΕΣ:_____

ΚΟΜΠΡΕΣΕΣ:_____

ΤΟΛΥΠΙΑ - ΚΟΥΚΟΥΤΣΑΚΙΑ - ΤΑΜΠΟΝ:_____

ΟΥΡΑ:_____

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ ΣΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Κ/Α ΥΓΡΟΥ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΒ/ΚΟ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΥΓΡΟ ΓΙΑ ΚΥΤΤΑΡ/ΚΟ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΥΛΙΚΑ:_____

_____

_____

_____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:_____

_____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ -ΕΡΓ/ΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

A1
804

Ημ/νία:

Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Κλινική:		Ημ/νία εισόδου:	
Διάγνωση:					

Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; ΟΧΙ: ☐ ΝΑΙ: ☐ Πότε;

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; ΟΧΙ: ☐ ΝΑΙ: ☐ Ποιες;

Αναφέρεται σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννηση νεκρού εμβρύου, αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού;

Ονοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

Σημειώστε την περίπτωση:

☐ Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα
Σημειώνεται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επείγον ενυπογράφως. Κάθε βεβιασμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.

☐ Μετάγγιση κατά την εγχείρηση
Ημερομηνία:

☐ Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας

☐ Προληπτική εξέταση συμβατότητας

☐ Μετάγγιση μη επείγουσα

☐ Καθορισμός ομάδας αίματος

Αιτούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml)

Πλάσματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες:

Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO: Rh: Φαινότυπος Rh:

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	Σε φ.ο.	Σε λεύκωμα	Βρομελαΐνη	Coombs

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ. Ν002

ΑΡ.ΚΑΡΤΑΣ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:		
Ημερομηνία εξόδου:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΩΡΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:**

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ NORTON

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Διάγνωση:	Συνοδές Παθήσεις:	
Ημερομηνία Εισαγωγής:	Ημερομηνία Εξόδου:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ								
ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	**ΒΑΘΜΟΙ**							
Καλή	4							
Μέτρια	3							
Κακή	2							
Πολύ κακή	1							
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ								
Διαύγεια	4							
Απάθεια	3							
Σύγχυση	2							
Κώμα	1							
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ								
Περιπατητικός	4							
Περπατάει με βοήθεια	3							
Κάθεται στην καρέκλα	2							
Κατακεκλιμένος	1							
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ								
Πλήρης	4							
Ελαφρά περιορισμένη	3							
Πολύ περιορισμένη	2							
Ακινησία	1							
ΑΚΡΑΤΕΙΑ								
Απούσα/Καθετήρας	4							
Ακράτεια ούρων	3							
Ακράτεια κοπράνων	2							
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1							
ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ								
Φυσιολογική	4							
Μικρή	3							
Ρινογαστρικόςκαθετήρας/Υγρά	2							
Τίποτε από τοστόμα/Ανορεξία	1							
ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ								
Φυσιολογικό βάρος	4							
Παχυσαρκία	3							
Καχεξία	2							
Οίδημα	1							
SCORE								
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ								

NORTON SCORE	
SCORE> 19:	Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά πενθήμερο.
SCORE ≤ 19:	Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησηςανα 3ήμερο.
Ανεξαρτήτως SCORE:	Επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από κάθε αλλαγή της κατάστασής του και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ(MORSEFALLSCALE)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης (ηλικία):		
Ημερομηνία εκτίμησης:		
Ημερομηνία επανεκτίμηση:		

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		**SCORE**
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΤΩΣΗΣ	☐ **ΟΧΙ** (βαθμολογία με 0) ☐ **ΝΑΙ** (βαθμολογία με 25)	
ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ/ ΔΕΥΤΕΡΕΟΥΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	☐ **ΟΧΙ** (βαθμολογία με 0) ☐ **ΝΑΙ** (βαθμολογία με 15)	
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ	☐**καμία ή με βοήθεια από τον επαγγελματία υγείας**(βαθμολογία με 0) ☐**κάνει χρήση βοηθήματος (κηδομένες, πατερίτσες, κα)**(βαθμολογία με 15) ☐**σε πλήρη εξάρτηση από βοηθήματα**(βαθμολογία με 30)	
ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ	☐ **ΟΧΙ** (βαθμολογία με 0) ☐**ΝΑΙ** (βαθμολογία με 20) **ΓΡΑΜΜΗ:** ☐**ΚΕΝΤΡΙΚΗ** ☐ **ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ**	
ΒΑΔΙΣΗ	☐**κανονική/ακινησία**(βαθμολογία με 0) ☐**αδύναμη/ασταθής**(βαθμολογία με 10 ☐**αναπηρία (**βαθμολογία με 20)	
ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	☐**γνωρίζει την κατάσταση του**(βαθμολογία με 0) ☐**υπερεκτιμά ή ξεχνά την κατάσταση του**(βαθμολογία με 15)	
	ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE	

ΕΠΙΠΕΔΟΚΙΝΔΥΝΟΥ	**MORSE FALL SCALE SCORE**	**ΔΡΑΣΗ**
☐**Χωρίς κίνδυνο**	0-24	Βασική νοσηλευτική φροντίδα
☐**Χαμηλός κίνδυνος**	25-45	Ασθενής σε κίνδυνο για πτώση. Ασθενής υπο επιτήρηση. Εβδομαδιαία επαναξιολόγηση.
☐**Υψηλός κίνδυνος**	≥46	Ασθενής σε μεγάλο κίνδυνο για πτώση. Να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και να βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση.
ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:		

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

ΣΥΝΤΑΓΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΠΙΝΑΚΑ Β & Γ)

ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ: .....

α/α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ	ΚΛΙΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Το παραπάνω φαρμακευτικό υλικό ελέχθηκε και παραλήφθηκε κανονικά την ..... /...../.....

ΜΟΛΑΟΙ, .../...../.....

Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	**Ο ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΗΛΕΓΞΕ**	**Ο ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΔΩΣΕ**	**Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ**
.....	.....	.....	.....
(Υπογραφή Σφραγίδα)	(Υπογραφή Σφραγίδα)	(Υπογραφή Σφραγίδα)	(Υπογραφή Σφραγίδα)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ι3
463

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Διεύθυνση:		Τηλ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:		Συγγενής:		Βαθμός συγγένειας:	
Επώνυμο:		Όνομα:		Τηλέφωνο:	

Αιτία μη δήλωσης του ιδίου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς χειρουργικής επέμβασης ή της αναισθησίας την οποία θα λάβω :

είδος επέμβασης

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο ιατρού: Χειρουργός

Ονοματεπώνυμο ιατρού: Αναισθησιολόγος

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
2. Να μου χορηγηθεί γενική ή περιοχική αναισθησία ή ήπια καταστολή, ή αν απαιτηθεί μεταβολή της μεθόδου αναισθησίας κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, από τους αναισθησιολόγους οι οποίοι μου εξήγησαν με απλά λόγια και με λεπτομέρεια τους κινδύνους, τις παρενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές της αναισθησίας.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος ή/και άλλομοσχεύματα που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Είδος επέμβασης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:
(α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
(β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
(γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
(δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή του συγγενή
που παρέχει τη συγκατάθεση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΛΕΥΚΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ **ΡΟΖ:** ΑΣΘΕΝΗΣ **ΚΙΤΡΙΝΟ:** ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

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

Α.Μ. .....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ .....
ΚΛΑΔΟΣ .....

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΕΤΟΥΣ 20.....

ΕΠΩΝΥΜΟ ..... ΟΝΟΜΑ ..... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ..... ΑΡΙΘ. ΔΙΚΑΙΟΥΜΕΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ .....

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΖΟΜ.	ΥΠΟΓΡ. ΤΜ. ΠΡΟΣ/ΚΟΥ	ΥΠΟΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜ.	ΥΠΟΓΡ. Δ/ΝΤΗ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΕΤΟΥΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ: 1. Δεν επιτρέπονται παρεμβάσεις με διορθωτικό (blanco) ή μουτζούρες.
Για οποιαδήποτε διόρθωση λάθους προσέλθετε στο Τμ. Προσωπικού. 2. Μην αφήνετε κενές γραμμές.

39

ΕΤΟΣ 20.....

ΕΝΤΥΠΟ: ΓΟΝΙΚΩΝ - ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΩΝ - Η/Υ - ΦΟΙΤΗΤΙΚΩΝ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ - ΡΕΠΟ

ΑΔΕΙΕΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ - ΚΥΗΣΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ - ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ - ΛΟΙΠΕΣ ΑΔΕΙΕΣ

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΖΟΜ.	ΥΠΟΓΡ. ΤΜ. ΠΡΟΣ/ΚΟΥ	ΥΠΟΓΡ. ΠΡΟΪΣΤΑΜ.	ΥΠΟΓΡ. Δ/ΝΤΗ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΕΤΟΥΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΕΛΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ & ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΦΥΣΙΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

40

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ

Δ4
202

Ημ/νία:

Αρ. αίτησης:

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΕΞΩΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ

ΠΡΟΣ: ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

Παρακαλούμε να εγκρίνετε την προμήθεια των παρακάτω ειδών, που είναι απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος: και τα οποία δεν υπάρχουν στην αποθήκη.

☐ Τρόφιμα ☐ Βιοϊατρικος Εξοπλισμός ☐ Η/Μ Εξοπλισμός ☐ Αναλώσιμα

Α/Α	Κωδικός	Είδος υλικού	Μονάδα Μέτρησης	Ποσότητα	Προϋπολογισμός Δαπάνης
ΣΥΝΟΛΟ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 9% ☐ ή 19% ☐					

☐ Βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει στην αποθήκη — Για το Γραφείο Διαχείρισης Υλικού

υπογραφή

☐ Βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει σύμβαση — Για το Τμήμα Προμηθειών

υπογραφή

Υπάρχει πίστωση στον Κ.Α. — Ο/Η Υπεύθυνος Λογιστηρίου/Προϋπολογισμού

υπογραφή

Η προμήθεια των ειδών θα γίνει: Με απευθείας συμφωνία ☐ Με ενδεικτικές τιμές ☐ Με τιμές ΦΕΚ ☐
Με πρόχειρο διαγωνισμό ☐ Με τιμές βάσει προηγουμένου λήξαντος διαγωνισμού ☐

Ο/Η Προϊστάμενος Οικονομικού	Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής	Ο/Η Διοικητής
(υπογραφή - σφραγίδα)	(υπογραφή - σφραγίδα)	(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ

Α/Α	Επωνυμία Προμηθευτή	Τηλέφωνο	Ημ/νία Προσφοράς	Προσφερόμενη Τιμή

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΛΕΥΚΟ: ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ **ΚΙΤΡΙΝΟ:** ΣΤΕΛΕΧΟΣ – ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

42

Φ4
761

No:
Αρ. Μητρ. Ασθ:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (ΠΙΝΑΚΑ Β & Γ) ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:				Όνομα:				Πατρώνυμο:			
Διεύθυνση:				Ασφ. Φορέας:				Αρ. Μητρ. Ασφ:			
Φύλλο:	ΑΡΡΕΝ:		ΘΗΛΥ:		Ηλικία:		Βάρος:		ΑΔΤ:		

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΙΔΟΥΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΗΜΕΡ. ΔΟΣΗ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣ/ΑΣ	ΠΟΣΟ-ΤΗΤΑ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔ.	ΑΞΙΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
						ΣΥΝΟΛΟ:		

Ημερομηνία: ημ/νια

Ο/Η Διευθυντής Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

Τα πιο πάνω είδη, εκτός από εκείνα που γράφονται στις Παρατηρήσεις, παραδόθηκαν και παραλήφθηκαν κανονικά την ημ/νια

Ο/Η Φαρμακοποιός που έλεγξε

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η Φαρμακοποιός που παρέδωσε

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η παραλαβών

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΛΕΥΚΟ: Χρηματοκιβώτιο Φαρμακείου **ΡΟΖ:** Υπεύθυνος Διαχείρισης Φαρμακείου **ΓΑΛΑΖΙΟ:** Γραφείο Νοσηλίων **ΚΙΤΡΙΝΟ:** Στέλεχος

ΡΟΖ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΑΣΠΡΟ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΡΟΖ: ΑΡΧΕΙΟ
ΚΙΤΡΙΝΟ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

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

ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....ΒΑΡΔΙΑ .....ΤΟΜΕΑΣ.....

ΑΡ. ΚΥΚΛΟΦ. .....ΧΛΜ: αρχή σήματος.....τέλος σήματος.....

ΧΛΜ/ΛΙΤ. ΒΕΝΖ. .....

Α.Μ. ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ : Α).....Β) .....

ΩΡΕΣ ΣΗΜΑΤΟΣ

Ώρα λήψης σήματος : .....

>>άφιξης στο σημείο: : .....

>> παραλαβής ασθενούς : .....

>>άφιξης στο νοσοκομείο:.....

>> τέλους : .....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΔΙΕΥΘ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ: .....

ΑΝΑΦ. ΠΑΘΗΣΗ: .....

ΔΙΑΠΙΣΤ. ΠΑΘΗΣΗ : .....

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ: .....

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ

ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΠΝΟΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
SPO2:	%	
ΣΦΥΞΕΙΣ:		
Α.Π.:		
ΤΡΑΥΜΑ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΚΑΤΑΓΜΑ Α. ΑΚΡΟΥ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΚΑΤΑΓΜΑ Κ. ΑΚΡΟΥ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔ.:	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΗ

ΔΙΑΤΗΡ. ΑΕΡΑΓ.:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΠΝΟΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ Ο2:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΧΡΗΣΗ AMBU:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΧΡΗΣΗ ΑΥΤ. ΑΠΙΝ.:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
SPO2:	%	
ΣΦΥΞΕΙΣ:		
Α.Π.:		
ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΑΤΗΡ. ΘΕΡΜ. ΣΩΜ.:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΚΙΝΗΤ. ΑΜΣΣ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΚΙΝΗΤ. ΟΜΣΣ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΑΚΙΝ. Α. ΑΚΡΟΥ :	ΝΑΙ	ΟΧΙ X.....
ΑΚΙΝ. Κ. ΑΚΡΟΥ :	ΝΑΙ	ΟΧΙ X.....

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΚΟΜΗΔΗΣ

ΚΑΡΕΚΛΑ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΦΟΡΕΙΟ SCOOP:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΣΑΝΙΔΑ ΑΚΙΝ.:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΦΟΡΕΙΟ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΘΕΣΗ ΑΣΦ.	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΑΡΝΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ: .....ΣΥΓΓΕΝ. ΣΧΕΣΗ:.....

ΑΡ. Δ. ΤΑΥΤ.: .....ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΧΟΛΕΙΑ

.....

.....

.....

.....

.....

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ:
(ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ)

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΗ:
(ΠΛΗΡΩΜΑ)

Α).....

Β) .....

ΦΥΛΛΟ

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

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ : ..... Ηλικία : ..... Φύλο : .....

Κλινική : ..... Ημερ/νία : ..... Ομάδα Αίματος : .....

Προεγχ. Διάγνωση : ..... Επέμβαση : .....

Χειρουργοί : ..... Αναισθ/γοι : .....

Α.Μ. : .....

ASA :

ΤΑΚΤ. ΧΕΙΡ. ☐ ΕΚΤΑΚΤΟ ΧΕΙΡ. ☐

ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ .....

.....

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ ☐ ΤΟΠΙΚΗ ☐

ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ☐ ΣΥΝΔΙΑΣΜΕΝΗ ☐

ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ☐

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ☐

ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ..... ☐

ΕΙΔΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

ΕΤΣ ☐ No MA ☐ No

ΛΜ ☐ No ΤΡΑΧ/ΜΙΑ ☐

COPA ☐ No ΑΛΛΟΣ.....

ΤΡΟΠΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΥ

ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ☐

ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ☐ Στοιχεία .....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΩΡΑ

Φ Α Ρ Μ Α Κ Α

Έναρξη αναισθ.	X	210
Έναρξη επέμβ.	⊗	190
Τέλος επέμβ.	+	170
Τοποθ. αεραγ.	↑	150
Αφαίρ. αεραγ.	↓	130
Συστ. ΑΠ	V	110
Διαστ. ΑΠ	Λ	90
Μέση ΑΠ	—	70
Σφύξεις	●	50
Θερμοκρ.	*	30
Κ Φ Π		10

30 20 15 10 5 0 5 10 15 20

Υ Γ Ρ Α

Ο Υ Ρ Α

ΚΑΡΤΕΛΑ 1 ΟΨΗ

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

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ : ..... Ηλικία : ..... Φύλο : .....

Κλινική : ..... Ημερ/νία : ..... Ομάδα Αίματος : .....

Προεγχ. Διάγνωση : ..... Επέμβαση : .....

Χειρουργοί : ..... Αναισθ/γοι : .....

Α.Μ. : .....

ASA :

ΤΑΚΤ. ΧΕΙΡ. ☐ ΕΚΤΑΚΤΟ ΧΕΙΡ. ☐

ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ .....

.....

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ ☐ ΤΟΠΙΚΗ ☐

ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ☐ ΣΥΝΔΙΑΣΜΕΝΗ ☐

ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ☐

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ☐

ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ..... ☐

ΕΙΔΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

ΕΤΣ ☐ No ΜΑ ☐ No

ΛΜ ☐ No ΤΡΑΧ/ΜΙΑ ☐

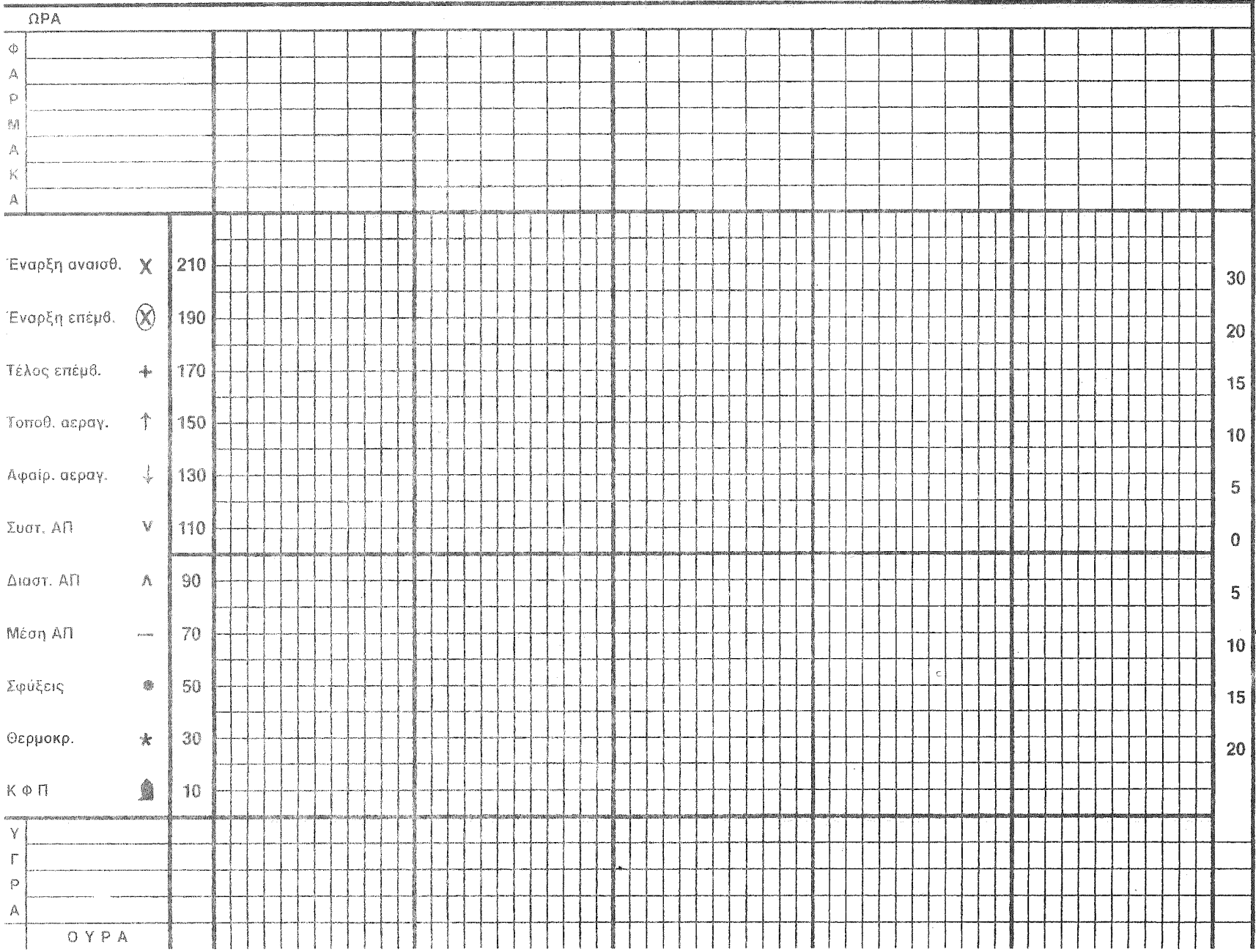
COPA ☐ No ΑΛΛΟΣ.....

ΤΡΟΠΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΥ

ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ☐

ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ☐ Στοιχεία .....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ



Αναπνοές : ..... ΑΠ.: ..... Θερμοκρασία : ..... Σφύξεις : .....

Εργαστηριακές εξετάσεις

ΗΚΓ :

Ht : ..... Ουρία : ..... Τρανσαμινάσες : .....

Hb : ..... Σάκχαρο : ..... Χολερυθρίνη : .....

Λευκά : ..... Κρεατινίνη : ..... Λευκώματα : .....

Αιμοπετάλια : ..... Ηλεκτρολύτες : K ....

PT : ....., PTT : ..... Na: ....., Ca: ....., Cl : .....

.....

Αέρια αρτηριακού αίματος : **PO2** ..... **PCO2**..... **SO2**.....

Οξεοβασική κατάσταση : **PH2**..... **HCO2**..... **BE**.....

Ισοζύγιο ύδατος : .....

ΦΑΡΜΑΚΑ :

Τελευταία λήψη τροφής : .....

Τελευταία λήψη υγρών : .....

Κλινική εξέταση

Ανώτερο αναπνευστικό :

Κατώτερο αναπνευστικό :

Καρδιαγγειακό :

Κ Ν Σ : ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ :

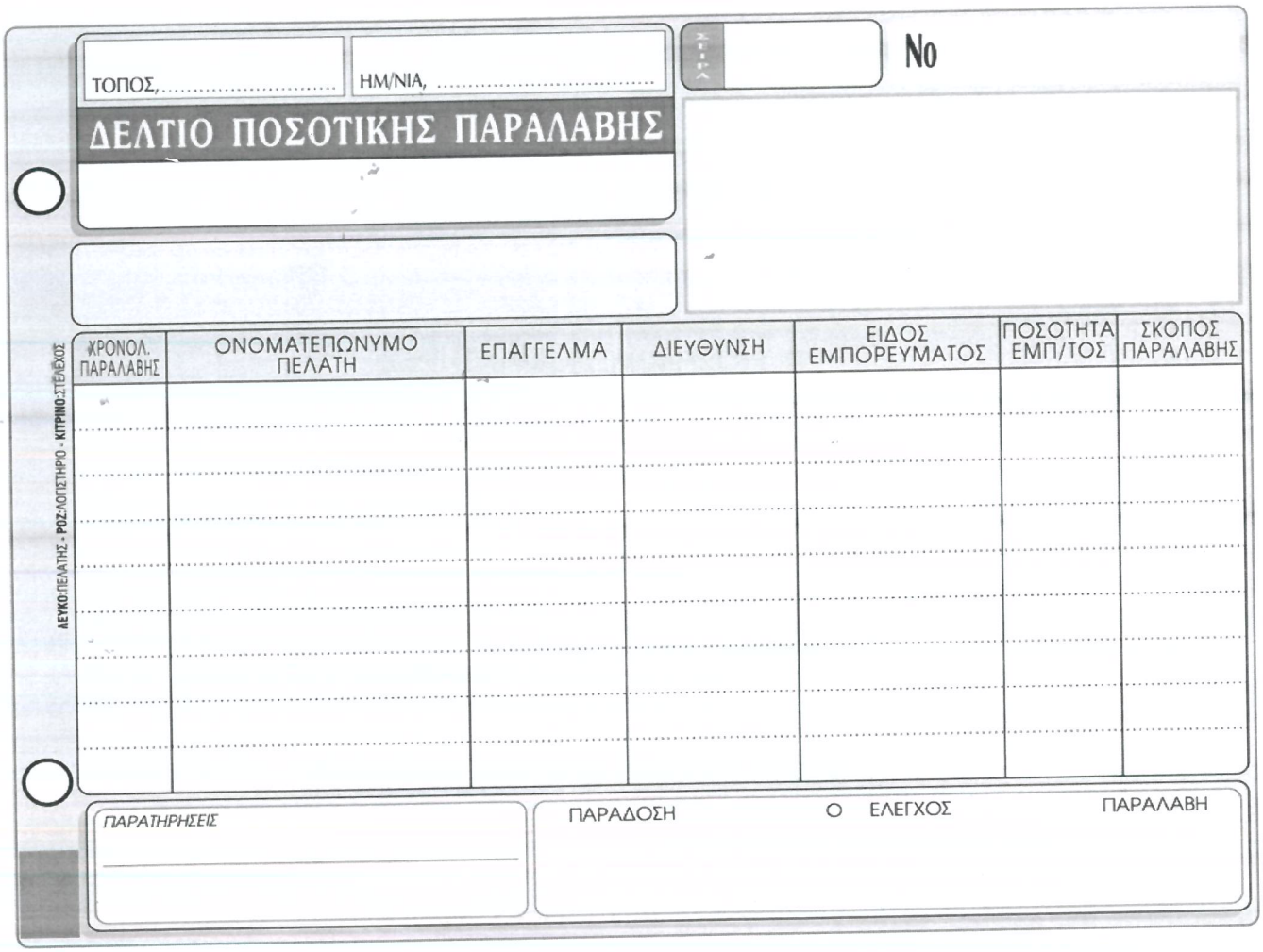
Η Π Α Ρ : ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ :

Ν Ε Φ.Ρ Ο Ι : ΑΛΛΑ :

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :

Υπογραφή και σφραγίδα
Αναισθησιολόγου

ΚΑΡΤΕΛΑ 2η όψη



ΤΟΠΟΣ,.....

ΗΜ/ΝΙΑ, ...

ΑΡΙΘ.

No

ΔΕΛΤΙΟ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

ΧΡΟΝΟΛ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΕΛΑΤΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΕΜΠ/ΤΟΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

ΛΕΥΚΟ: ΠΕΛΑΤΗΣ - ΡΟΖ: ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ - ΚΙΤΡΙΝΟ: ΣΤΕΛΕΧΟΣ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΔΟΣΗ

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ

ΠΑΡΑΛΑΒΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ .....
ΤΗΛ.: 27320 22446

ΜΟΛΑΟΙ ..... 20.....

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ

Ονομ/μο εξεταζομένου .....

Κλινική .....

Α' ΓΕΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Οσμή ..... Χροιά ..... Όψη .....

Β' ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Ειδικό βάρος .....
PH .....
Λεύκωμα .....
Σάκχαρο .....
Χολικά Άλατα .....
Οξόνη .....
Αιμοσφαιρίνη .....
Χολοχρωστικές .....
Ουροχολινογόνο .....
Νιτρώδη .....

Γ' ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΙΖΗΜΑΤΟΣ

Πυοσφαίρια .....
Ερυθρά αιμοσφαίρια .....
Επιθήλια .....
Βλέννη .....
Άλατα .....
Κρύσταλλοι .....
Μικροοργανισμοί .....

ΚΥΛΙΝΔΡΟΙ

Υαλώδεις .....
Υαλοκοκκώδεις .....
Κοκκώδεις .....
Κηρώδεις .....
Πυώδεις .....
Αιμορραγικοί .....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ .....

.....

.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Ν013

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:																													
ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:																													
ΜΕΤΕΓΧ. ΗΜΕΡΑ:																													
ΑΠ	**ΑΝ.**	**ΣΦ.**	**Θ.**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**
300	60	160	41																												
250	50	140	40																												
200	40	120	39																												
150	30	100	38																												
100	20	80	37																												
50	10	60	36																												
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ																													
ΚΕΝΩΣΕΙΣ																													

ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:				
ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Ν001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:		Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	Επάγγελμα:	
Υπηκοότητα:		Ασφαλιστικός Φορέας:	Αρ.Μητρ.Ασφάλισης:
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:		Επώνυμο:	Όνομα:
		Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου:		Ώρα Εισαγωγής:		
Είδος εισαγωγής	Προγραμματισμένη: ☐	Επείγουσα: ☐		
Τρόπος Μεταφοράς	Περιπατητικός: ☐	Τροχήλατη καρέκλα: ☐	Φορείο: ☐	
Συνοδεύεται	Ναι ☐	Όχι ☐		
Πληροφορίες δίνει:	Ο ασθενής: ☐	Άλλο άτομο: ☐		
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι ☐ Όχι ☐			
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: ☐	Επιθετικός: ☐	Απαθής: ☐	

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

Λοιμώδη Νοσήματα:

Προηγούμενη Εισαγωγή σε Νοσοκομείο - Αιτία Εισαγωγής:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ημερομηνία:

Πιθανή Διάγνωση Εισόδου:

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

Ζωτικά σημεία:	Αρτ. Πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θερμ/σία(0C):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O_2:				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Ύψος (cm):	Βάρος(kg):		
Ομιλία :	Καλή: ☐ Βραγχος: ☐ Δεν μπορεί να μιλήσει: ☐	Ομιλεί ξένη γλώσσα: ☐		
Ακοή:	Κανονική : ☐	Βαρηκοΐα: ☐	Κώφωση: ☐	
Όραση:	Κανονική : ☐	Υποβοηθούμενη: ☐	Τύφλωση: ☐	
Βάδιση:	Κανονική: ☐	Υποβοηθούμενη: ☐		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΔΕΡΜΑ		
	Χρώμα :	Φυσιολογικό: ☐
		Κυανωτικό: ☐
		Ικτερικό: ☐
		Ωχρό: ☐
	Εξανθήματα: ☐	
	Έλκη: ☐	
	Εκδορές: ☐	
	Κατακλίσεις: ☐	
Παρατηρήσεις:		

ΠΟΝΟΣ			
Ναι ☐ Όχι ☐			
Εάν ναι, χρήση της Κλίμακας NRS: Πως περιγράφει ο ασθενής τη βαρύτητα του πόνου;			
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9 10
Απουσία πόνου	Ήπιος πόνος	Μέτριος πόνος	Σοβαρός Πόνος
Παρατηρήσεις:			

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ			
Χωρίς συμπτώματα: ☐			
Καρδιακός ρυθμός:	Ρυθμικός: ☐		Άρρυθμος: ☐
Υπέρταση:	Ναι ☐		Όχι ☐
Παρατηρήσεις:			

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ			
Χωρίς συμπτώματα: ☐			
Αναπνοή:	Κανονική: ☐	Εργώδης: ☐	Δύσπνοια: ☐
Βήχας:	Ναι ☐	Με απόχρεμψη: ☐	
		Χωρίς απόχρεμψη: ☐	
	Όχι ☐		
Παρατηρήσεις:			

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Ναυτία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Έμετος :	Ναι ☐	Όχι ☐
Διάταση κοιλίας:	Ναι ☐	Όχι ☐
Παχύ έντερο:	Κένωση: ☐Φυσιολογική, ☐ Δυσκοιλιότητα, ☐ Διάρροια, ☐ Μέλαινα Κένωση, ☐ Αιμορροίδες, ☐Διάταση κοιλιάς, ☐Κολοστομία	
Παρατηρήσεις:		

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Συχνουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Δυσουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Αιματουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Ολιγουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Ανουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐

Παρατηρήσεις:

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Σακχαρώδης Διαβήτης:	Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος): ☐ Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος): ☐	
Διαταραχές θυρεοειδούς:	Υπερθυρεοειδισμός: ☐	Υποθυρεοειδισμός: ☐
Παρατηρήσεις:		

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Επίπεδο συνείδησης:	Προσανατολισμένος (σε τόπο-χρόνο-πρόσωπα): ☐	
	Σύγχυση ή Λήθαργος: ☐	
	Κώμα: ☐	
Κορικές Ενδείξεις οφθαλμών:	Διεσταλμένες κόρες: ☐	Ανισοκορία: ☐
Επιληπτικές κρίσεις:	Ναι ☐ Όχι ☐	
Παρατηρήσεις:		

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ		
Α/Α	Είδος	Δόση

Ο/Η Νοσηλευτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ(MORSEFALLSCALE)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης (ηλικία):		
Ημερομηνία εκτίμησης:		
Ημερομηνία επανεκτίμηση:		

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		**SCORE**
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΤΩΣΗΣ	☐ **ΟΧΙ** (βαθμολογία με 0) ☐ **ΝΑΙ** (βαθμολογία με 25)	
ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ/ ΔΕΥΤΕΡΕΟΥΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	☐ **ΟΧΙ** (βαθμολογία με 0) ☐ **ΝΑΙ** (βαθμολογία με 15)	
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ	☐**καμία ή με βοήθεια από τον επαγγελματία υγείας**(βαθμολογία με 0) ☐**κάνει χρήση βοηθήματος (κηδομένες, πατερίτσες, κα)**(βαθμολογία με 15) ☐**σε πλήρη εξάρτηση από βοηθήματα**(βαθμολογία με 30)	
ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ	☐ **ΟΧΙ** (βαθμολογία με 0) ☐**ΝΑΙ** (βαθμολογία με 20) **ΓΡΑΜΜΗ:** ☐**ΚΕΝΤΡΙΚΗ** ☐ **ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ**	
ΒΑΔΙΣΗ	☐**κανονική/ακινησία**(βαθμολογία με 0) ☐**αδύναμη/ασταθής**(βαθμολογία με 10 ☐**αναπηρία (**βαθμολογία με 20)	
ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	☐**γνωρίζει την κατάσταση του**(βαθμολογία με 0) ☐**υπερεκτιμά ή ξεχνά την κατάσταση του**(βαθμολογία με 15)	
	ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE	

ΕΠΙΠΕΔΟΚΙΝΔΥΝΟΥ	**MORSE FALL SCALE SCORE**	**ΔΡΑΣΗ**
☐**Χωρίς κίνδυνο**	0-24	Βασική νοσηλευτική φροντίδα
☐**Χαμηλός κίνδυνος**	25-45	Ασθενής σε κίνδυνο για πτώση. Ασθενής υπο επιτήρηση. Εβδομαδιαία επαναξιολόγηση.
☐**Υψηλός κίνδυνος**	≥46	Ασθενής σε μεγάλο κίνδυνο για πτώση. Να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και να βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση.
ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:		

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Μ001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:		
Ημερομηνία εξόδου:		
ΠΡΟΣΟΧΗΑΛΛΕΡΓΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:		

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΑ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ /ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΣΕ ΤΗΝ ΟΔΗΓΙΑ	ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Ν003

ΑΡ.ΦΥΛΛΟΥ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:	Ημερομηνία εξόδου:	
ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

Ημερομηνία								
Φάρμακα	Ώρα	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								

Ημερομηνία								
ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ	Ώρα	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:								
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:**

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ NORTON

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Διάγνωση:	Συνοδές Παθήσεις:	
Ημερομηνία Εισαγωγής:	Ημερομηνία Εξόδου:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ								
ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	**ΒΑΘΜΟΙ**							
Καλή	4							
Μέτρια	3							
Κακή	2							
Πολύ κακή	1							
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ								
Διαύγεια	4							
Απάθεια	3							
Σύγχυση	2							
Κώμα	1							
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ								
Περιπατητικός	4							
Περπατάει με βοήθεια	3							
Κάθεται στην καρέκλα	2							
Κατακεκλιμένος	1							
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ								
Πλήρης	4							
Ελαφρά περιορισμένη	3							
Πολύ περιορισμένη	2							
Ακινησία	1							
ΑΚΡΑΤΕΙΑ								
Απούσα/Καθετήρας	4							
Ακράτεια ούρων	3							
Ακράτεια κοπράνων	2							
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1							
ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ								
Φυσιολογική	4							
Μικρή	3							
Ρινογαστρικόςκαθετήρας/Υγρά	2							
Τίποτε από τοστόμα/Ανορεξία	1							
ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ								
Φυσιολογικό βάρος	4							
Παχυσαρκία	3							
Καχεξία	2							
Οίδημα	1							
SCORE								
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ								

NORTON SCORE	
SCORE> 19:	Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά πενθήμερο.
SCORE ≤ 19:	Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησηςανα 3ήμερο.
Ανεξαρτήτως SCORE:	Επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από κάθε αλλαγή της κατάστασής του και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

οδιπυ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ. N002

ΑΡ.ΚΑΡΤΑΣ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: **ΚΛΙΝΗ:**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:		
Ημερομηνία εξόδου:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΩΡΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ

Μολάοι.....202.....

ΚΛΙΝΙΚΗ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ.....

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

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

Ονοματεπώνυμο _____

	ΔΟ			ΑΟ			
	SRH	CYL	AXIS	SRH	CYL	AXIS	EC
ΜΑΚΡΙΑ							
ΚΟΝΤΑ							

Παρατηρήσεις .....

.....

.....

.....

Ημερομηνία.....20 .....

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Α/Α ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ			
ΘΑΛΑΜΟΣ		ΚΛΙΝΗ	

ΦΥΛΛΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο		Όνομα		Πατρώνυμο			
Διεύθυνση				Τηλέφωνο			
Ηλικία		Ασφ. φορ.		ΑΜΚΑ			
Βάρος Σώματος	ΙΔΑΝΙΚΟ		ΒΑΡΟΣ ΠΡΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ		ΔΙΑΦΟΡΑ		ΒΑΡΟΣ ΜΕΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ	
Ημερομηνία			Διάρκεια				

Διάλυμα		EPO		Rextol	
Φίλτρο		Καρνιτίνη		One Alpha	
Ηπαρίνη		Βιταμίνη		Parsabiv	
Ορός αποσυνδ		Σίδηρος	ΣΚΕΥΑΣΜΑ:	ΔΟΣΗ:	
Μέθοδος					

ΩΡΑ	ΑΠ mmHg	ΣΦΥΞΕΙΣ /min	UF ml/h	ΦΛΕΒΙΚΗ	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ	ΤΜΡ	ΡΟΗ		ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
							ΑΙΜΑ	ΔΙΑΛΥΜΑ	

Ο ΙΑΤΡΟΣ

Ο/Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Μ001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:		
Ημερομηνία εξόδου:		
ΠΡΟΣΟΧΗΑΛΛΕΡΓΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:		

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΑ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ /ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΣΕ ΤΗΝ ΟΔΗΓΙΑ	ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ:☐	**ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ:☐**	**Υγειονομικού Προσωπικού:☐**
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διάγνωση εισαγωγής:	Αριθμός Μητρώου Εισαγωγής:	
Ημερομηνία Γέννησης:		
Θεράπων Ιατρός:		
Κλίμακα Morsesκορ 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

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ημερομηνία Γέννησης: Ηλικία:	Επάγγελμα:	
Υπηκοότητα:	Ασφαλιστικός Φορέας:	Αρ.Μητρ.Ασφάλισης:
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου:		Ώρα Εισαγωγής:		
Είδος εισαγωγής	Προγραμματισμένη: ☐	Επείγουσα: ☐		
Τρόπος Μεταφοράς	Περιπατητικός: ☐	Τροχήλατη καρέκλα: ☐	Φορείο: ☐	
Συνοδεύεται	Ναι ☐	Όχι ☐		
Πληροφορίες δίνει:	Ο ασθενής: ☐	Άλλο άτομο: ☐		
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι ☐ Όχι ☐			
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: ☐	Επιθετικός: ☐	Απαθής: ☐	

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

Λοιμώδη Νοσήματα:

Προηγούμενη Εισαγωγή σε Νοσοκομείο - Αιτία Εισαγωγής:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ημερομηνία:

Πιθανή Διάγνωση Εισόδου:

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

Ζωτικά σημεία:	Αρτ. Πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θερμ/σία(0C):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O_2:				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Ύψος (cm):	Βάρος(kg):		
Ομιλία :	Καλή: ☐ Βραγχος: ☐ Δεν μπορεί να μιλήσει: ☐ Ομιλεί ξένη γλώσσα: ☐			
Ακοή:	Κανονική : ☐	Βαρηκοΐα: ☐	Κώφωση: ☐	
Όραση:	Κανονική : ☐	Υποβοηθούμενη: ☐	Τύφλωση: ☐	
Βάδιση:	Κανονική: ☐	Υποβοηθούμενη: ☐		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΔΕΡΜΑ		
	Χρώμα :	Φυσιολογικό: ☐
		Κυανωτικό: ☐
		Ικτερικό: ☐
		Ωχρό: ☐
	Εξανθήματα: ☐	
	Έλκη: ☐	
	Εκδορές: ☐	
	Κατακλίσεις: ☐	
Παρατηρήσεις:		

ΠΟΝΟΣ			
Ναι ☐ Όχι ☐			
Εάν ναι, χρήση της Κλίμακας NRS: Πως περιγράφει ο ασθενής τη βαρύτητα του πόνου;			
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9 10
Απουσία πόνου	Ήπιος πόνος	Μέτριος πόνος	Σοβαρός Πόνος
Παρατηρήσεις:			

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ			
Χωρίς συμπτώματα: ☐			
Καρδιακός ρυθμός:	Ρυθμικός: ☐		Άρρυθμος: ☐
Υπέρταση:	Ναι ☐		Όχι ☐
Παρατηρήσεις:			

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ			
Χωρίς συμπτώματα: ☐			
Αναπνοή:	Κανονική: ☐	Εργώδης: ☐	Δύσπνοια: ☐
Βήχας:	Ναι ☐	Με απόχρεμψη: ☐	
		Χωρίς απόχρεμψη: ☐	
	Όχι ☐		
Παρατηρήσεις:			

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Ναυτία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Έμετος :	Ναι ☐	Όχι ☐
Διάταση κοιλίας:	Ναι ☐	Όχι ☐
Παχύ έντερο:	Κένωση: ☐Φυσιολογική, ☐ Δυσκοιλιότητα, ☐ Διάρροια, ☐ Μέλαινα Κένωση, ☐ Αιμορροίδες, ☐Διάταση κοιλιάς, ☐Κολοστομία	
Παρατηρήσεις:		

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Συχνουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Δυσουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Αιματουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Ολιγουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐
Ανουρία:	Ναι ☐	Όχι ☐

Παρατηρήσεις:

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Σακχαρώδης Διαβήτης:	Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος): ☐ Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος): ☐	
Διαταραχές θυρεοειδούς:	Υπερθυρεοειδισμός: ☐	Υποθυρεοειδισμός: ☐
Παρατηρήσεις:		

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		
Χωρίς συμπτώματα: ☐		
Επίπεδο συνείδησης:	Προσανατολισμένος (σε τόπο-χρόνο-πρόσωπα): ☐	
	Σύγχυση ή Λήθαργος: ☐	
	Κώμα: ☐	
Κορικές Ενδείξεις οφθαλμών:	Διεσταλμένες κόρες: ☐	Ανισοκορία: ☐
Επιληπτικές κρίσεις:	Ναι ☐ Όχι ☐	
Παρατηρήσεις:		

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ		
Α/Α	Είδος	Δόση

Ο/Η Νοσηλευτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)

ΑΡ.ΚΑΡΤΑΣ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: **ΚΛΙΝΗ:**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:		
Ημερομηνία εξόδου:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΩΡΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής:	Ημερομηνία εξόδου:	
ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

Ημερομηνία								
Φάρμακα	Ώρα	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή	Μονογραφή
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								
Ονομασία								
Δόση:								
Οδός:								

Ημερομηνία								
ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ	Ώρα	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:								
Φάρμακο								
Μέσο:								
Δόση:								
Ροή:								

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

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

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Ημερομηνία εισαγωγής:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:		

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	Rh:	Προγραμματισμένη μετάγγιση: ☐Επείγουσαμετάγγιση: ☐				
Προηγούμενες μεταγγίσεις: ΝΑΙ☐ ΟΧΙ ☐		Εάν ναι ημερομηνία:				
Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε:						
ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ:		☐ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ	☐ΠΛΑΣΜΑ (FFP)	☐ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT)	☐ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ	☐ ΑΛΛΟ:
Ποσότητα: ml						
Τύπος / μέγεθος καθετήρα:		Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐				
☐ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ		**☐ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΚΟΥ**				
Ώρα Έναρξης:		Ώρα 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 Ή ΘΩΡΑΚΙΚΟ)										
ΑΛΛΟ:										
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:										
ΦΑΡΜΑΚΑΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Ονομ/σια, δόση, οδός, ώρα, ονομ/μο)										
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:										

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:**

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Ημερομηνία εισαγωγής:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:		

ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΝ ΑΙΜΑ Ή ΠΡΟΙΟΝ ΑΙΜΑΤΟΣ				
Ολικό αίμα ☐	**Ερυθρά ☐**	**Αιμοπετάλια☐**	**Πλάσμα ☐**	**Άλλο ☐:**
Ημερομηνία μετάγγισης:		Ώρα:	Ώρα έναρξης αντίδρασης:	
Ποσότητα μετάγγισης: ml		Αριθμός Μονάδας:		

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ				
ΣΗΜΕΙΑ	**ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ**	**ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ**	**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**	
Θερμοκρασία			Δυσφορία ☐	Ρίγος ☐
Αρτηρ. Πίεση (mmHg):			Πυρετός ☐	Εμετός ☐
Σφίξεις (/min):			Ερύθημα ☐	Ναυτία☐
Αιμοσφαιρινουρία:			Κνησμός ☐	Ίκτερος ☐
			Εξάνθημα ☐	Απώλεια ούρων ☐
			Δύσπνοια ☐	Απώλεια κοπράνων ☐
			Οσφυαλγία☐	Απώλεια συνείδησης ☐
			Θωρακικό ή κοιλιακό άλγος☐	

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ			
ΒΑΘΜΟΣ	**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**	**ΣΗΜΕΙΑ**	**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ**
ΒΑΘΜΟΣ I ΟΧΙ ΣΟΒΑΡΗ	Μόνο εξάνθημα ☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1.Διακοπή μετάγγισης 2.Χορήγηση αντιισταμινικών 3.Αν δεν αντιδράσει στα παραπάνω, εφαρμόζονται οι οδηγίες του βαθμού II
ΒΑΘΜΟΣ II ΣΟΒΑΡΗ	Ρίγη☐ Πυρετός ☐ Ανησυχία☐ Ταχυσφυγμία☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2.Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
ΒΑΘΜΟΣ III ΑΜΕΣΗ ΑΠΕΙΛΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	Οξύ άλγος στην οσφύ ☐ Κοιλιακό άλγος ☐ Θωρακικό άλγος ☐ Πτώση της ΑΠ ☐ Ολιγουρία ☐ Αιμορραγία ☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2.Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
ΒΑΘΜΟΣ IV ΘΑΝΑΤΟΣ	Shock ☐ Απώλειαούρων☐ Απώλειακοπράνων☐ Απώλειασυνείδησης☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Ότι στους βαθμούς I και II 2.Διατήρηση της πίεσης του αίματος 3.Συννενόηση με την Αιμοδοσία/ τη ΜΕΘ/ τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αποστείλατε στην αιμοδοσία τη μονάδα του μεταγγιζόμενου αίματος / προϊόντος,φιαλίδιο γενικής αίματος και δείγμα ορού σε πήγμα από τον ασθενή. **ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΑΡΑΔΙΔΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**	**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Ν011

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……/……/…….**

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ηλικία:	Αρ. Αστυνομικής Ταυτότητας:	
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα/Κλινική:	Ώρα:	Ημερομηνία παραλαβής:

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

Α.ΧΡΗΜΑΤΑ:	
Β.ΕΓΓΡΑΦΑ:	
Γ.ΤΙΜΑΛΦΗ (πολύτιμα αντικείμενα π.χ. κοσμήματα, ρολόγια):	
Δ.ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ:	

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.			
2.			

ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΣΕ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Παραδόθηκε στ….ν ……με ΑΔΑΤ:……

από τ….ν……με ΑΔΑΤ:……

στις ……/……/……. τα παραπάνω είδη προς φύλαξη.

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ/ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ ΑΛΛΟ

Τα παραπάνω είδη παραλήφθηκαν από τ….ν ……

του……, με ΑΔΑΤ:……, τηλ.:…… στις ……/……/……

από τ….ν ……με ΑΔΑΤ:……

Και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια. *Σχέση με τον δικαιούχο:*……

Ο ΠΑΡΑΔΙΔΩΝ (Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)	**Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ (Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)**

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία:		
ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:	**ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:																													
ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:																													
ΜΕΤΕΓΧ. ΗΜΕΡΑ:																													
ΑΠ	**ΑΝ.**	**ΣΦ.**	**Θ.**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**	**6**	**12**	**18**	**24**
300	60	160	41																												
250	50	140	40																												
200	40	120	39																												
150	30	100	38																												
100	20	80	37																												
50	10	60	36																												
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ																													
ΚΕΝΩΣΕΙΣ																													

ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:				
ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	$Sp0_2$

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:**

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

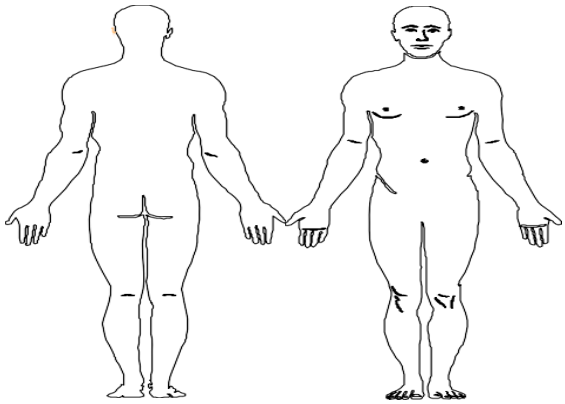
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:	ΑΠΩΛΕΙΑΔΕΡΜΑΤΟΣ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
	ΧΡΩΜΑ:	☐ΕΡΥΘΡΟ
		☐ ΚΥΑΝΟ
		☐ ΑΛΛΟ
	ΣΤΕΓΝΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
	ΥΓΡΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
	ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
	ΣΚΛΗΡΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
	ΘΕΡΜΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
	ΨΥΧΡΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ



ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	ΕΣΧΑΡΑ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
ΕΞΙΔΡΩΜΑ:	☐ ΟΡΩΔΕΣ ☐ ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ ☐ ΠΥΩΔΕΣ	
ΟΣΜΗ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	
ΠΟΝΟΣ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	

ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ EPUAP)
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχεια	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περιλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	☐	☐	☐
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ ,στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	☐	☐	☐
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	☐	☐	☐
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθη 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	☐	☐	☐

ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ				
ΗΜ/ΝΙΑ	**ΘΕΡΑΠΕΙΑ**	**ΣΤΑΔΙΟ**	**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**	**ΟΝΟ/ΜΟ/ ΥΠΟΓΡΑΦΗ**