



Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Υπηρεσία:	<input type="text"/>	Τμήμα:	<input type="text"/>		
Κατ./Κλάδος:	<input type="text"/>				

ΠΑΡΑΚΑΛΩ

Να μου χορηγήσετε την παρακάτω σημειούμενη άδεια για χρονικό διάστημα ημερών και συγκεκριμένα από μέχρι (τελ. ημέρα)

Συνημμένα δικαιολογητικά (αριθμός) Αρ. Μητρ. Εργαζομένου:

ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ

<input type="checkbox"/> Κανονική	<input type="checkbox"/> Επιστημονική	<input type="checkbox"/> Εκπαιδευτική	<input type="checkbox"/> Αιμοδοτική	<input type="checkbox"/> Μηχανογραφική
<input type="checkbox"/> Γονική	<input type="checkbox"/> Ρεπό	<input type="checkbox"/> Κύησης	<input type="checkbox"/> Λοχείας	<input type="checkbox"/> Ανατροφής παιδιού
<input type="checkbox"/> Παραμεθορίου	<input type="checkbox"/> Δικαστική	<input type="checkbox"/> Εκλογική	<input type="checkbox"/> Γάμου	<input type="checkbox"/> Κηδείας
<input type="checkbox"/> Ακτινολογική	<input type="checkbox"/> Αναρρωτική	<input type="checkbox"/> Άνευ αποδοχών	<input type="checkbox"/> Ολιγόωρη για προσωπικούς λόγους	
<input type="checkbox"/> Ολιγόωρη για υπηρεσιακούς λόγους (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Υπηρεσιακή (περιγραφή)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Άλλη (περιγραφή)	<input type="text"/>			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η
Αιτών/ούσα

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος

Ο/Η Προϊστάμενος
Τομέα

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(σφραγίδα - υπογραφή)

Χορηγηθείσες άδειες έτους μέχρι σήμερα Νέο υπόλοιπο αδειών έτους

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η Προϊστάμενος
Τμήματος Προσωπικού

Ο/Η Διοικητής

* Υπογράφεται από τον Προϊστάμενο του Τμήματος ή τον Προϊστάμενο Παραϊατρικού

No 4

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ**

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Όνομα πατρός _____

Κλιν. _____

Ομάδα _____

Rh _____

Ημερ. _____

Υπογρ. Γιατρού _____

No 5

ΟΜΑΔΑ

0

Rh ΘΕΤΙΚΟ

Όριο χρήσεως :

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ**

No 6

ΟΜΑΔΑ

A

Rh ΘΕΤΙΚΟ

Όριο χρήσεως :

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

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

No 8

Έγινε έλεγχος για
RPR (-) anti HIV I/II (-)
Hbs Ag(-) anti(-) HCV (-)
anti HTLV 1-2 (-)
NAT (-)

No 9

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**

**ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟ
ΠΛΑΣΜΑ (ΑΝΘΡΩΠΟΥ)**

No ΑΣΚΟΥ Ομάδα Rh

Ημερ. Παρασκευής ώρα

Ημερ. Παράδοσης ώρα

Όνομα Δέκτη

№ 10



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ
ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο γιατρός βεβαιώνω ότι σήμερα

.....
..... πρόσφερε εθελοντικά μία μονάδα αίμα για τ.....

..... που νοσηλεύεται

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

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

N^o = 77

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Εχετε δώσει άλλη φορά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε ποτέ;		
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία/Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη G-6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Πότε δώσατε τελευταία φορά;

Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt - Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΚΑΝΑΤΕ:		
Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι τι 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 νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση 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 2B και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη 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 Αιμοδότης

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:

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Ο/Η 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
	<input type="checkbox"/> Τριπλός	<input type="checkbox"/> Λευκαφαιρεμένος
	<input type="checkbox"/> Τετραπλός	
Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία



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

No 11

14
473

ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νια:

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

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 Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ		ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
	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:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ΗΛΙΚΙΑ: ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ		ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
	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:	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤ.: ΗΛΙΚΙΑ:	

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ:

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Με την παρούσα δήλωσή μου, ο κάτωθι υπογεγραμμένος

..... επιθυμώ να βεβαιώσω ότι οι Ιατροί

..... με κατατόπισαν σχετικά με την αντιμετώπιση της πάθησής μου, καθώς και για την σημασία, τα επακόλουθα και την αναγκαιότητα της εγχείρησης και της ναρκώσεως καθώς και των άλλων θεραπευτικών μέσων. Κατόπιν τούτου δηλώνω ότι συμφωνώ απόλυτα και ανεπιφύλακτα να χειρουργηθώ και να λάβω νάρκωση. Επίσης συμφωνώ για πιθανή κατά τη διάρκεια της επέμβασης επέκταση ή αλλαγή της χειρουργικής τακτικής και της ναρκώσεως, εφ' όσον τούτο βεβαιώς χρειασθεί για απολύτως ιατρικούς λόγους.

Επίσης κατατοπίστηκα για τις πιθανότητες των επιπλοκών τόσο της εγχείρησης όσο και της ναρκώσεως και ότι δεν μπορεί από πριν να διασφαλιστεί με απόλυτη βεβαιότητα το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ιδιαίτερα κατατοπίστηκα για τα εξής:

.....

.....

Οι Συγγενείς

Ο/Η Ασθενής



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημερομηνία:

Barcode	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:		Όνομα:	
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:	
Ημερομηνία γέννησης:	___/___/___	Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ
Τόπος γέννησης (Χώρα - Περιφέρεια):		Μορφωτικό επίπεδο:	
Διεύθυνση (οδός - αρ.):		Τ.Κ. - Πόλη:	
Τηλ.:		Κιν.:	
		Email:	
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:
<input type="checkbox"/> 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/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

1. Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
2. Όποιος άνδρας έχει έστω και μια σεξουαλική επαφή με άνδρα τους τελευταίους 12 μήνες.
3. Όποια γυναίκα έχει έστω και μια σεξουαλική επαφή με άνδρα που έχει σεξουαλική επαφή με άνδρα τους τελευταίους 12 μήνες.
4. Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
5. Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
6. Όποιος ή όποια είχε πάρει PrEP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντίστοιχα.
7. Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex).
8. Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C.
9. Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγγιζόμενοι ατόμων.
10. 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. Βιβλιário Υγείας	<input type="checkbox"/> 6. Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

No 19



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

.....ΚΛΙΝΙΚΗ

ΑΔΕΙΑ ΣΥΝΟΔΟΥ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΟΝΟΜ/ΜΟ: ΣΥΝΟΔΟΥ:

A.

B.

Γ.

Από...../...../..... μέχρι...../...../.....

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

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

ΤΜΗΜΑ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΚΑΡΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡ. ΑΣΘ

Α/Α

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/ΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ:		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:		
ΝΟΣΟΚΟΜΟΣ:		
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ:		
ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΑ:		
ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:		
ΑΙΜΑ:		
ΠΛΑΣΜΑ:		
ΥΠΟΚ/ΤΟ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ:		
ΣΦΥΞΕΙΣ:		
ΠΙΕΣΗ:		



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Γε.Σ.Υ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
ΙΩΑΝΝΟΥ & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ

N.O. = 91

ΛΙΓΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Μετά την Αιμοληψία σας παρακαλούμε

1. Μη καπνίσετε για 1 ώρα.
2. Μην οδηγήσετε για 1 ώρα
3. Πιείτε περισσότερα υγρά απ' ότι συνήθως τις επόμενες 4 ώρες.
4. Μην πιείτε οίνοπνευματώδη παρά μετά 6 ώρες και αφού πάρετε το κανονικό σας γεύμα.
5. Αν αιμοραγήσει το σημείο φλεβοκέντησης σηκώστε ψηλά το χέρι σας και πιέστε το σημείο εκείνο.
6. Βγάλτε το λευκοπλάστ ή τον επίδεσμο από το χέρι σας μετά από 3 ώρες.
7. Αν αισθάνεσθε ζάλη, ξαπλώστε η καθήστε κάτω με το κεφάλι ανάμεσα στα γόνατά σας.
8. Μπορείτε να ξαναπροσφέρετε αίμα μετά από 3 μήνες.
9. Μπορείτε άφοβα και εντελώς ακίνδυνα να δίνεται αίμα 3-4 φορές το χρόνο

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



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

N^o 22

ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

Δέκτης:

Ομάδα : Rh :

Δότης : Νο ασκού : Όριο χρήσης :

Ομάδα : Rh :

Συμβατό

Ο εκτελέσας την διασταύρωση



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 από-
λυτης ανάγκης και υπ' ευθύνη του εντελ-
λομένου 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/Η ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ

Τα κάτωθι συμπληρώνονται από το Εργαστήριο του Σταθμού:

Ομάδα ABO Rh Φαινότυπος Rh

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

Ημερομηνία Υπογραφή



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α.Μ.Κ.Α.	<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"/>	Ανδρας	Γυναίκα		

ΑΚΡΙΒΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΡΟΗΓΗΘ. ΙΣΤΟΛ. ή ΚΥΤΤ. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ, ΠΟΡΙΣΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΞΕΤΑΣΑΝΤΟΣ

Ο Ιατρός

.....
 Υπογραφή & Σφραγίδα



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

No 27

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ :

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΤΑΘΜΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Παρακαλούμε να μας χορηγήσετε για τον νοσηλευόμενο

.....
ανήκοντα στην ομάδα Rh

.....
..... Κ.Σ. | Ολικού αίματος
..... Συμπετυκνωμένων ερυθρών
..... πλάσματος

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

Σπάρτη 202.....

Ο Επιμελητής

Παρελήφθη
Η Προϊσταμένη αδελφή

Ο Παραδούς
Διευθυντής Σταθμού

No 28

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:

..... ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡ. ΕΙΣΟΔΟΥ	ΗΜΕΡ. ΕΞΟΔΟΥ

ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

A/A	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
Γ.Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ - Ν.Μ. ΣΠΑΡΤΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:

ΕΙΣΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ
1η	
2η	
3η	
4η	
5η	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A/A	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ



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

ΤΜΗΜΑ:

Διευθυντής:

ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Α.Γ.Μ.
 Α.Μ.Κ. Θάλαμος
 Οικογ. κατάσταση
 Θρήσκευμα
 Ύψηκοότητα
 Διάγνωση

 Θεραπεία

 Ξέλιξη

Επώνυμο
 Όνομα
 Όνομα πατέρα ή συζύγου
 Ηλικία Επάγγελμα
 Τόπος γεννήσεως
 Τόπος διαμονής
 Διεύθυνση Τηλ.
 ΗΜΕΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ
 Μεταφέρθηκε από
 ΗΜΕΡΑ ΕΞΟΔΟΥ
 Μεταφέρθηκε από
 Σπάρτη 202
 ΥΠΟΓΡΑΦΗ
 (Όνομα γιατρού ευανάγνωστα)

Ι. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

παρούσα νόσος

 προηγούμενη κατάσταση υγείας

 κληρονομικά συγγενή νοσήματα

 αλλεργικές εκδηλώσεις

Εγχειρήσεις

Έμμηνη ρύση

Ατυχήματα

Προηγούμενη ιατρική εξέταση - προβλήματα

Οικογενειακό ιστορικό

Κοινωνικό - προσωπικό ιστορικό

B. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Βάρος Ύψος

Εξέταση κατά συστήματα

Καρδιαγγειακό σύστημα

Αρτηριακός σφυγμός ΑΠ)

Σφαγιτιδικός σφυγμός Σφαγιτιδική πίεση

Καρδιά

Επισκόπηση

Ψηλάφηση

Ακοήση

Περιφεριακή κυκλοφορία

.....
.....

Αρτηριακή

.....

Φλεβική

.....

Αναπνευστικό σύστημα

Άνω αναπνευστική οδός

.....

Θώρακας

Επισκόπηση

Ψηλάφηση

Επίκρουση

Ακρόαση

.....

.....

Πεπτικό σύστημα

Στόμα

.....

.....

Κοιλία

Επισκόπηση

Ψηλάφηση

Επίκρουση

Ακρόαση

Ορθό

.....

.....

Ουρολογικό σύστημα

Νεφροί

.....

Γεννητικά όργανα

.....

Γυναικολογική εξέταση

Νευρικό σύστημα

Επίπεδο συνειδήσεως

Τύπος αναπνοής

Στάση σώματος

Οφθαλμοί

Τενόντια αντανακλαστικά

Αισθητικότητα

Μυοσκελετικό σύστημα

Αρθρώσεις

Μυς

Οστά

Γ. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δ. ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Τελική διάγνωση

Ε. ΣΥΝΟΨΗ

Κατάλογος ενεργών / αδρανών προβλημάτων



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

ΤΜΗΜΑ:

Διευθυντής:

ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Α.Γ.Μ.
 Α.Μ.Κ. Θάλαμος
 Οικογ. κατάσταση
 Θρήσκευμα
 Ύψηκοότητα
 Διάγνωση

 Θεραπεία

 Ξέλιξη

Επώνυμο
 Όνομα
 Όνομα πατέρα ή συζύγου
 Ηλικία Επάγγελμα
 Τόπος γεννήσεως
 Τόπος διαμονής
 Διεύθυνση Τηλ.
 ΗΜΕΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ
 Μεταφέρθηκε από
 ΗΜΕΡΑ ΕΞΟΔΟΥ
 Μεταφέρθηκε από
 Σπάρτη 202
 ΥΠΟΓΡΑΦΗ
 (Όνομα γιατρού ευανάγνωστα)

Ι. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

παρούσα νόσος

 προηγούμενη κατάσταση υγείας

 ηρονομικά συγγενή νοσήματα

 αλεργικές εκδηλώσεις

Εγχειρήσεις

Έμμηνη ρύση

Ατυχήματα

Προηγούμενη ιατρική εξέταση - προβλήματα

Οικογενειακό ιστορικό

Κοινωνικό - προσωπικό ιστορικό

B. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Βάρος Ύψος

Εξέταση κατά συστήματα

Καρδιαγγειακό σύστημα

Αρτηριακός σφυγμός ΑΠ)

Σφαγιτιδικός σφυγμός Σφαγιτιδική πίεση

Καρδιά

Επισκόπηση

Ψηλάφηση

Ακοήση

Περιφεριακή κυκλοφορία

.....
.....

Αρτηριακή

.....

Φλεβική

.....

Αναπνευστικό σύστημα

Άνω αναπνευστική οδός

.....

Θώρακας

Επισκόπηση

Ψηλάφηση

Επίκρουση

Ακρόαση

.....

.....

Πεπτικό σύστημα

Στόμα

.....

.....

Κοιλία

Επισκόπηση

Ψηλάφηση

Επίκρουση

Ακρόαση

Ορθό

.....

.....

Ουρολογικό σύστημα

Νεφροί

.....

Γεννητικά όργανα

.....

Γυναικολογική εξέταση

Νευρικό σύστημα

Επίπεδο συνειδήσεως

Τύπος αναπνοής

Στάση σώματος

Οφθαλμοί

Τενόντια αντανακλαστικά

Αισθητικότητα

Μυοσκελετικό σύστημα

Αρθρώσεις

Μυς

Οστά

Γ. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

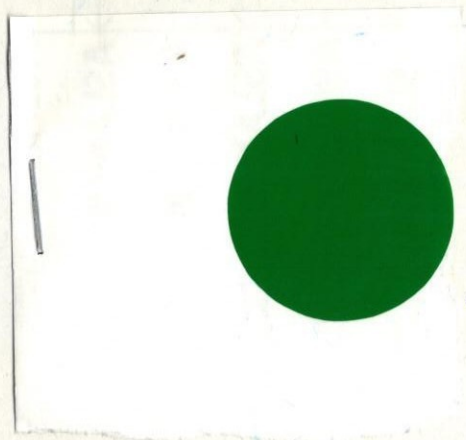
Δ. ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Τελική διάγνωση

Ε. ΣΥΝΟΨΗ

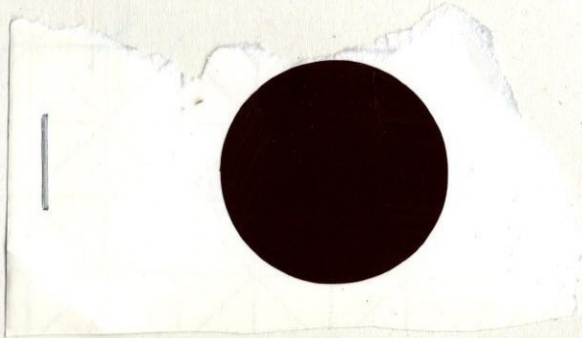
Κατάλογος ενεργών / αδρανών προβλημάτων

No 30



11

No 31



11



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

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						
Ακίνησια	1						
ΑΚΡΑΤΕΙΑ							
Απούσα / Καθετήρας	4						
Ακράτεια ούρων	3						
Ακράτεια κοπράνων	2						
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1						
ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ							
Φυσιολογική	4						
Μικρή	3						
Ρινογαστρικός καθετήρας/Υγρά	2						
Τίποτε από το στόμα/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 πενήντημερο.
SCORE ≤19:	Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησης ανά 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.

No 33



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ.Ν009

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (MORSE FALL SCALE)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____
 Ημερομηνία Γέννησης (ηλικία): _____
 Ημερομηνία εκτίμησης: _____
 Ημερομηνία επανεκτίμησης: _____

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

ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE

ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	MORSE FALL SCALE SCORE	ΔΡΑΣΗ
<input type="checkbox"/> Χωρίς κίνδυνο	0-24	Βασική νοσηλευτική φροντίδα
<input type="checkbox"/> Χαμηλός κίνδυνος	25-45	Ασθενής σε κίνδυνο για πτώση. Ασθενής υπο επιτήρηση. Εβδομαδιαία επαναξιολόγηση.
<input type="checkbox"/> 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 ΣΠΑΡΤΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

No 35

13

463

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Αιτία μη δήλωσης του ίδιου 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 συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

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 άλλα μωσχεύματα 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

No 36



№ 37

ΦΑΡΜΑΚΑ

ΥΨΗΛΟΥ

ΚΙΝΔΥΝΟΥ

No 38

