



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΞΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ/ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ**

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Κοντοπούλου Δ.
ΤΑΧ.ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΧΩΡΑ ΝΑΞΟΥ
Τ.Κ. 84300
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2285360506
E-mail.: dkontopoulou@naxoshospital.gov.gr

ΠΡΟΣ: ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΝΤΥΠΟΥ ΥΛΙΚΟΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν. – Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ,
ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ 4.850,94€ (συμπ. Φ.Π.Α)**

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις των νόμων όπως αυτές ισχύουν σήμερα και ιδίως:

1. Την Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. Υ4α/39509, (ΦΕΚ Β' 1157/10-04-2012) Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Γ.Ν-Κ.Υ Νάξου.
2. Τον Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ Α' 81/04.04.2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
3. Τον Ν.3580/07 (ΦΕΚ 134 Α/18-6-2007) : Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις., του άρθρου 13 του ν. 3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31) και της υπουργικής απόφασης 8/2010 (ΦΕΚ Β' 777)
4. Το άρθρο 24 του ν.3846/2010 (ΦΕΚ 66 Α/11-5-2010) : Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις
5. Τον Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ Α' 112/13.07.2010) «Ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδίκτυο "Πρόγραμμα Διαύγεια" και άλλες διατάξεις»
6. Τον Νόμο 4270/2014: Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) - δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ 143/Α/2014),28.06.2014
7. Τον Ν. 4412/16 (ΦΕΚ-147 Α/8-8-16-Διορθ.Σφαλμ. Στα ΦΕΚ-200 Α/24-10-16 και ΦΕΚ-206 Α/3-11-16) : Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

8. Το άρθρο 27 παρ.4, περ. α) και β) του ν.4472/2017 (ΦΕΚ.Α'74/19-05-2017, όπως προστέθηκε με την παρ. 2 (περ. β) του τέταρτου άρθρου του Ν. 4542/18, ΦΕΚ-95 Α/1-6-18 και ισχύει.
9. Τη με αριθ.Γ4β/Γ.Π.17950/10-04-2023 Απόφαση του Υπ. Υγείας (ΦΕΚ 32/18-01-2023 τ.ΥΟΔΔ) περί διορισμού του Ρούσα Νικόλαου του Ιωάννη, ως κοινού Διοικητή των διασυνδεδόμενων Νοσοκομείων Γ.Ν. Σύρου «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ» και Γ.Ν.-Κ.Υ. Νάξου.
10. Την Γ4β/Γ.Π.οικ.1438/10-1-2020 (ΑΔΑ:6Δ5Α465ΦΥΟ-ΡΙΟ,ΦΕΚ 15/ΥΟΔΔ/14-1-2020) απόφαση του Υπουργού Υγείας με την οποία ορίστηκε η Φραγκίσκου Καλλιτίσα, ως Αναπληρώτρια Διοικήτρια στο διασυνδεδόμενο ΝΠΔΔ Γ.Ν. - Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ
11. Η με αρ. Γ4β/Γ.Π.οικ.2007/12-01-2023 (32/ΥΟΔΔ/18-1-2023) απόφαση του Υπουργού Υγείας με την οποία παρατάθηκε η θητεία της Φραγκίσκου Καλλιτίσας, ως Αναπληρώτριας Διοικήτριας στο διασυνδεδόμενο ΝΠΔΔ ΓΝ ΚΥ ΝΑΞΟΥ
12. Την υπ'αριθμ. πρωτ. 4435/15-05-2023 (πράξη 6η/2023) απόφαση του Κοινού Διοικητή των Διασυνδεδόμενων Νοσοκομείων Γ.Ν. Σύρου και Γ.Ν. -Κ.Υ. Νάξου περί μεταβίβασης αρμοδιοτήτων και πράξεων, με δικαίωμα τελικής υπογραφής στη Φραγκίσκου Καλλιτίσα του Δημητρίου, Αναπληρώτρια Διοικήτρια του Γ.Ν-ΚΥ Νάξου, από την ημερομηνία ορκωμοσίας και ανάληψης καθηκόντων του και μέχρι νεωτέρας.

Τα σχετικά έγγραφα και τις αποφάσεις:

1. Το υπ' αριθμ. πρωτ. 5361/05-07-2023 πρωτογενές αίτημα του ΓΝ-ΚΥ Νάξου για Προμήθεια Εντύπων και Δελτίων Μηχανογράφησης (ΑΔΑΜ 23REQ013026398)
2. Την υπ'αριθμ. 5478/07-07-2023 Απόφαση της Αν. Διοικήτριας του Γ.Ν. – Κ.Υ. Νάξου, περί έγκρισης σκοπιμότητας, τρόπου χρηματοδότησης, δαπάνης, διάθεσης πίστωσης και διενέργειας (με ΑΔΑ: 9ΠΥΗ469Η2Ο-4Ψ1) .
3. Το εγκεκριμένο αίτημα με ΑΔΑΜ 23REQ013035226
4. Την ανάγκη κάλυψης της ανωτέρω δαπάνης

Το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΞΟΥ- ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΞΟΥ

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Κάθε ενδιαφερόμενο, σε υποβολή προσφοράς για την προμήθεια **ΕΝΤΥΠΟΥ ΥΛΙΚΟΥ** για την κάλυψη των αναγκών του ΓΝ-ΚΥ Νάξου, προϋπολογισθείσας δαπάνης **4.850,94€** όπου συμπεριλαμβάνεται ο Φ.Π.Α. 24%.

1. ΠΡΟΟΙΜΙΟ :

Το Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Νάξου, Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, που εδρεύει στην Χώρα της Νάξου, Τ.Κ. 84300, προσκαλεί κάθε ενδιαφερόμενο, να υποβάλει οικονομική προσφορά, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές και ειδικούς όρους της παρούσας πρόσκλησης για την προμήθεια **ΕΝΤΥΠΟΥ ΥΛΙΚΟΥ** για την κάλυψη των αναγκών του ΓΝ-ΚΥ Νάξου, όπως αναλυτικά περιγράφονται στην παρούσα πρόσκληση.

Η προσφορά πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα έγγραφα και δικαιολογητικά, βάσει των οποίων θα αξιολογηθεί η καταλληλότητα των προσφερόμενων ειδών, όπως και τα λοιπά έγγραφα που περιγράφονται και σχετίζονται με την καταλληλότητα του οικονομικού φορέα.

1. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΦΥΣΙΚΟΥ -ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ:

Αντικείμενο της παρούσας πρόσκλησης είναι η προμήθεια **ΕΝΤΥΠΟΥ ΥΛΙΚΟΥ** για την κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν.-Κ.Υ. Νάξου, όπως αναλυτικά αναφέρονται στον πίνακα παρακάτω:

Α/Α	ΚΩΔ	ΕΙΔΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	CPV	ΚΑΕ	ΜΟΝ. ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΟΣ.	ΤΙΜΗ ΤΕΜ.	ΑΞΙΑ ΠΡΟ ΦΠΑ
1	45438	Ν001 ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΤΡΙΦΥΛΛΟ – ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΣΕ Α3 – το οποίο θα διπλώνεται σε Α4 σαν φυλλάδιο – οπότε η εκτύπωση θα γίνει ως εξής: η 1η σελίδα στη μια πλευρά του Α3 δεξιά και οι άλλες δύο στην άλλη σελίδα δίπλα δίπλα.	22810000-1	1293	ΤΕΜ	2000	0,0880€	176,00€
2	45439	Ν004 ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ ΤΟ ΙΔΙΟ ΕΝΤΥΠΟ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	5000	0,0314€	157,00€
3	45440	Ν005 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΥΠΩΝ Ν005 (ΚΩΔ: 45440) ΚΑΙ Ν006 (ΚΩΔ:45441) ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΦΥΛΛΟ ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	3000	0,0560€	168,00€
4	45441	Ν006 ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ		22810000-1	1293	ΤΕΜ	3000	0,0560€	168,00€
5	42859	Ι1-422 ΦΥΛΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΤΕΠ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	5000	0,0314€	157,00€
6	45442	Ν007 ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΝORTON		22810000-1	1293	ΤΕΜ	2000	0,0430€	86,00€
7	45443	Ν009 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (MORSE FALL SCALE)		22810000-1	1293	ΤΕΜ	2000	0,0430€	86,00€
8	45444	Ν008 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	2000	0,0540€	108,00€
9	45445	Q001 ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΣΕ Α4	22810000-1	1293	ΤΕΜ	1000	0,0840€	84,00€
10	18238	Ι4-471 - ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΜΠΛΟΚ ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ Α3	22810000-1	1293	ΤΕΜ	30	6,4780€	194,34€
11	45446	Ν011 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΣΕ ΦΥΛΛΟ Α4	22810000-1	1293	ΤΕΜ	1000	0,0840€	84,00€
12	18236	ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΓΥΑΛΙΩΝ	ΤΑ ΜΠΛΟΚ ΝΑ ΕΙΝΑΙ 100 ΦΥΛΛΩΝ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	50	2,7100€	135,50€

13	45447	Ν003 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	5000	0,0314€	157,00€
14	32810	ΦΑΚΕΛΑΚΙΑ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΝΑ ΜΗΝ ΞΕΚΟΛΛΑΝΕ ΕΥΚΟΛΑ. ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΤΟ ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΓΡΑΜΜΕΣ ΟΠΟΥ ΘΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	10000	0,0074€	74,00€
15	45448	ΜΠΛΟΚ Α5 ΜΕ ΛΟΓΟΤΥΠΟ 100 ΦΥΛΛΩΝ	ΜΠΛΟΚ Α5 ΜΕ ΘΕΡΜΟΚΟΛΛΗΣΗ . ΝΑ ΑΠΟΣΠΑΤΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΤΟ ΚΑΘΕ ΦΥΛΛΟ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	300	0,5280€	158,40€
16	45449	Ι1-414 ΦΥΛΛΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΣΕ ΔΙΦΥΛΛΟ Α3 - ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	1000	0,1940€	194,00€
17	45450	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΜΠΛΟΚ Α4 ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
18	45451	ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΜΠΛΟΚ Α3 ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
19	45452	Ν3-553 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
20	45453	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΙΑΤΡΙΚΟΣ)	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
21	45455	Ι3-462 ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
22	45456	Ι3-463 ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
23	45457	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΜΠΛΟΚ Α4 ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
24	45458	ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
25	42856	Ι2-454 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΕ Σ ΠΡΑΞΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1670€	83,34€
26	45460	Ν3-551 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	ΜΠΛΟΚ Α4 ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1700€	83,40€
27	45461	ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΤΟ 1ο ΦΥΛΛΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΧΟΝΤΡΟ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	10,780€	215,60€
28	45462	Ν3-554 ΠΑΡΑΤΑΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1700€	83,40€
29	45463	Ν3-555 ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ - ΔΙΧΜΗΡΩΝ	ΜΠΛΟΚ Α4 - ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1700€	83,40€
30	45464	Ν3-556 ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑΘΑΡΤΟΥ	ΜΠΛΟΚ ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	20	4,1700€	83,40€

		ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ							
31	18307	Φ4-761 ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	ΜΠΛΟΚ ΤΕΤΡΑΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	30	7,6580€	229,74€
32	45465	ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΜΠΛΟΚ ΤΡΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ ΣΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΠΩΣ ΕΧΕΙ ΣΚΑΝΑΡΙΣΤΕΙ	22810000-1	1293	ΤΕΜ	30	6,5270€	195,81€
ΣΥΝΟΛΟ								3.912,05€	
ΦΠΑ 24%								938,89€	
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ								4.850,94€	

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

Σε όλα τα έντυπα, των οποίων οι προδιαγραφές αναφέρονται παραπάνω, να υπάρχει το λογότυπο του νοσοκομείου και να είναι όμοιο με τα προ τυποποιημένα έντυπα.
Τα έντυπα είναι συνημμένα.

2. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ:

Ο ανάδοχος υποχρεούται να παραδώσει τα υπό προμήθεια είδη στο **Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νάξου**, στην διεύθυνση: Χώρα Νάξου, Τ.Κ 84300, **με δική του χρέωση**. Η προμήθεια των ανωτέρω θα μπορεί να γίνεται είτε τμηματικά είτε εξ' ολοκλήρου για την ποσότητα που αναφέρεται στην απόφαση ανάθεσης ή της Σύμβασης και κατόπιν παραγγελίας από το ΓΝ-ΚΥ Νάξου στην οποία θα καθορίζεται το χρονικό διάστημα παράδοσης της παραγγελθείσας ποσότητας. **Η ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ.**

3. ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ

Το πλήρες κείμενο της παρούσας πρόσκλησης δημοσιεύτηκε στο πρόγραμμα Διαύγεια, ΚΗΜΔΗΣ και καταχωρήθηκε στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου, (<https://www.naxoshospital.gr>).

4. ΕΙΔΙΚΟΙ ΌΡΟΙ

Προς απόδειξη της μη συνδρομής των λόγων αποκλεισμού από διαδικασίες σύναψης δημοσίων συμβάσεων των παρ.1 και 2 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016, της νόμιμης εκπροσώπησης παρακαλούμε, μαζί με την τεχνική και οικονομική προσφορά, να μας αποστείλετε τα παρακάτω δικαιολογητικά, πρωτότυπα ή αντίγραφα που εκδίδονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 4250/2014 (Α'74):

Α. «Δικαιολογητικά Συμμετοχής»

Α) Απόσπασμα του σχετικού μητρώου, όπως του ποινικού μητρώου ή, ελλείψει αυτού, ισοδύναμο έγγραφο που εκδίδεται από αρμόδια δικαστική ή διοικητική αρχή του κράτους-μέλους ή της χώρας καταγωγής ή της χώρας όπου είναι εγκατεστημένος ο οικονομικός φορέας, από το οποίο προκύπτει ότι πληρούνται αυτές οι προϋποθέσεις, που να έχει

εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή του . Η υποχρέωση προσκόμισης του ως άνω αποσπάσματος αφορά και στα μέλη του διοικητικού, διευθυντικού ή εποπτικού οργάνου του εν λόγω οικονομικού φορέα ή στα πρόσωπα που έχουν εξουσία εκπροσώπησης, λήψης αποφάσεων ή ελέγχου σε αυτό κατά τα ειδικότερα αναφερόμενα στην ως παράγραφο 1 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016.

Εναλλακτικά μπορεί να προσκομιστεί υπεύθυνη δήλωση εκ μέρους του οικονομικού φορέα, σε περίπτωση φυσικού προσώπου ότι δεν συντρέχουν οι λόγοι αποκλεισμού της παραγράφου 1 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016. Σε περίπτωση νομικού προσώπου η προαναφερόμενη υπεύθυνη δήλωση υποβάλλεται εκ μέρους του νομίμου εκπροσώπου του, όπως αυτός ορίζεται στην περίπτωση 79Α του Ν.4412/2016 και αφορά ιδίως: αα) στις περιπτώσεις εταιρειών περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε.) και προσωπικών εταιρειών (Ο.Ε. και Ε.Ε.), τους διαχειριστές, ββ) στις περιπτώσεις ανωνύμων εταιρειών (Α.Ε.), τον Διευθύνοντα Σύμβουλο, καθώς και όλα τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου. (άρθρο 80 παρ. 9 του Ν.4412/2016, όπως συμπληρώθηκε με την παρ. 7αγ του άρθρου 43 του Ν.4506/2019)

Η υπεύθυνη δήλωση γίνεται αποδεκτή εφόσον έχει συνταχθεί μετά την κοινοποίηση της παρούσας πρόσκλησης. (άρθρο 80 παρ.12 του Ν.4412/2016, όπως προστέθηκε με την παρ.7αδ του άρθρου 43 του Ν.4605/2019)

Β) Φορολογική ενημερότητα εν ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της, άλλως, στην περίπτωση που δεν αναφέρεται σε αυτό χρόνος ισχύος, που να έχει εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή της.

Γ) Ασφαλιστική ενημερότητα εν ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της, άλλως, στην περίπτωση που δεν αναφέρεται σε αυτό χρόνος ισχύος, που να έχει εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή της.

Δ) Για την απόδειξη της νόμιμης εκπροσώπησης, στις περιπτώσεις που ο οικονομικός φορέας είναι νομικό πρόσωπο και υποχρεούται, κατά την κείμενη νομοθεσία, να δηλώνει την εκπροσώπηση και τις μεταβολές της σε αρμόδια αρχή (πχ ΓΕΜΗ), προσκομίζει σχετικό **πιστοποιητικό ισχύουσας εκπροσώπησης**, το οποίο πρέπει να έχει εκδοθεί έως τριάντα (30) εργάσιμες ημέρες πριν από την υποβολή του. Στις λοιπές περιπτώσεις τα κατά περίπτωση νομιμοποιητικά έγγραφα νόμιμης εκπροσώπησης (όπως καταστατικά, αντίστοιχα ΦΕΚ, συγκρότηση Δ.Σ. σε σώμα, σε περίπτωση Α.Ε., κλπ., ανάλογα με τη νομική μορφή του οικονομικού φορέα), συνοδευόμενα από υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου ότι εξακολουθούν να ισχύουν κατά την υποβολή τους.

Ε) Για την απόδειξη της νόμιμης σύστασης και των μεταβολών του νομικού προσώπου, εφόσον αυτή προκύπτει από πιστοποιητικό αρμόδιας αρχής (πχ γενικό πιστοποιητικό του ΓΕΜΗ), αρκεί η υποβολή αυτού, εφόσον έχει εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή του. Στις λοιπές περιπτώσεις τα κατά περίπτωση νομιμοποιητικά έγγραφα

νόμιμης σύστασης και μεταβολών (όπως καταστατικά, πιστοποιητικά μεταβολών, αντίστοιχα ΦΕΚ, κλπ., ανάλογα με τη νομική μορφή του οικονομικού φορέα), συνοδευόμενα από υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου ότι εξακολουθούν να ισχύουν κατά την υποβολή τους.

Οι αλλοδαποί οικονομικοί φορείς προσκομίζουν τα προβλεπόμενα, κατά τη νομοθεσία της χώρας εγκατάστασης, αποδεικτικά έγγραφα, και εφόσον δεν προβλέπονται, υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου, από την οποία αποδεικνύονται τα ανωτέρω ως προς τη νόμιμη σύσταση, μεταβολές και εκπροσώπηση του οικονομικού φορέα.

Οι ως άνω υπεύθυνες δηλώσεις γίνονται αποδεκτές, εφόσον έχουν συνταχθεί μετά την κοινοποίηση της πρόσκλησης για την υποβολή των δικαιολογητικών.

Από τα ανωτέρω έγγραφα πρέπει να προκύπτουν η νόμιμη σύσταση του οικονομικού φορέα, όλες οι σχετικές τροποποιήσεις των καταστατικών, το/τα πρόσωπο/α που δεσμεύει/ουν νόμιμα την εταιρία κατά την ημερομηνία διενέργειας του διαγωνισμού (νόμιμος εκπρόσωπος, δικαίωμα υπογραφής κλπ.), τυχόν τρίτοι, στους οποίους έχει χορηγηθεί εξουσία εκπροσώπησης, καθώς και η θητεία του/των ή/και των μελών του οργάνου διοίκησης/ νόμιμου εκπροσώπου.

Για τα δικαιολογητικά συμμετοχής, σε περίπτωση κωλύματος μπορεί να γίνει χρήση του άρθρου 161 του Ν.4763/2020.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το προαναφερόμενο άρθρο οι εν λόγω δυνητικοί ανάδοχοι μπορούν, σε περίπτωση κωλύματος υποβολής της αίτησης έκδοσης των απαιτούμενων δικαιολογητικών ή αδυναμίας έκδοσης αυτών, λόγω αναστολής λειτουργίας των αντίστοιχων αρμόδιων υπηρεσιών ή μερικής αναστολής λειτουργίας αυτών, στο πλαίσιο των μέτρων αντιμετώπισης της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 ή για άλλο σοβαρό λόγο, να υποβάλουν σε αντικατάσταση των απαιτούμενων, ανά περίπτωση, δικαιολογητικών του άρθρου 80 του ν. 4412/2016 μόνο **υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του ν. 1599/1986 (Α' 75) ή ηλεκτρονική υπεύθυνη δήλωση μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης του άρθρου 52 του ν. 4635/2019 (Α' 167)**, που προβλέπεται στο εικοστό έβδομο άρθρο της από 20.3.2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 68), όπως αυτή κυρώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 4683/2020 (Α' 83), προκειμένου να εκδοθεί η απόφαση κατακύρωσης ή ανάθεσης και να συναφθεί η σύμβαση.

Στην υποβαλλόμενη υπεύθυνη δήλωση δηλώνονται από τον επιλεγέντα ανάδοχο ότι:

- α) δεν συντρέχει κανένα νόμιμο κώλυμα συμμετοχής του στη διαδικασία,**
- β) εξακολουθεί να πληροί όλα τα κριτήρια ποιοτικής επιλογής που προβλέπονται στην οικεία πρόσκληση και**
- γ) υποχρεούται να προσκομίσει τα νομίμως προβλεπόμενα δικαιολογητικά ανάθεσης εντός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από την υπογραφή της σύμβασης.**

B. «Τεχνική Προσφορά»

Η κάθε προσφορά θα συνοδεύεται από πλήρη τεχνική περιγραφή. Η αξιολόγηση θα γίνει σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές από τους προσφέροντες. Για τις ανάγκες

της αξιολόγησης υπάρχει η δυνατότητα να ζητηθούν δείγματα, συμπληρωματικές διευκρινήσεις και πρόσθετα τεχνικά στοιχεία.

Γ. «Οικονομική Προσφορά»

Προσφορές υποβάλλονται για τα υπό προμήθεια είδη, όπως αυτά παρουσιάζονται στην εν λόγω πρόσκληση. Οι συμμετέχοντες μπορούν να δώσουν προσφορά για το σύνολο των ειδών της προμήθειας ή για κάθε είδος ξεχωριστά, αλλά υποχρεωτικά για το σύνολο της ποσότητας ανά είδος. Εάν υπάρχει στην προσφορά οποιαδήποτε διόρθωση, αυτή πρέπει να είναι καθαρογραμμένη και μονογραμμένη από τον προσφέροντα.

Η τιμή για το είδος της προσφοράς δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τη τιμή από το Παρατηρητήριο τιμών και την ενδεικτική προϋπολογιζόμενη δαπάνη.

Στην οικονομική προσφορά θα αναγράφεται υποχρεωτικά ο αντίστοιχος κωδικός είδους στο Παρατηρητήριο Τιμών του Υπουργείου Υγείας και η τρέχουσα τιμή (για τις περιπτώσεις που έχει εφαρμογή). Οικονομικές προσφορές που είναι ανώτερες από τις τιμές που καταγράφονται στο Παρατηρητήριο Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας κατά την καταληκτική ημερομηνία κατάθεσης προσφορών του διαγωνισμού, απορρίπτονται. (Ν. 3918/2011, άρθρο 13, - ΦΕΚ 31/τ.Α'/02.03.2011).

Σε περίπτωση που κάποιο υλικό δεν παρακολουθείται από το Παρατηρητήριο Τιμών, αυτό θα δηλώνεται με υπεύθυνη δήλωση, η οποία θα επισυνάπτεται στην οικονομική προσφορά.

Ο χρόνος ισχύος των προσφορών ανέρχεται κατ' ελάχιστο σε 60 ημερολογιακές ημέρες. Τέλος, οι προσφερόμενες τιμές θα είναι σταθερές καθ' όλη τη διάρκεια της συμβάσης και δεν αναπροσαρμόζονται.

5. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣ ΑΝΑΘΕΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ

Ως κριτήριο ανάθεσης ορίζεται η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά βάσει τιμής (ήτοι χαμηλότερη τιμή).

Σύμφωνα με το άρθρο 105 «Κατακύρωση - σύναψη σύμβασης» του ν.4412/2016 όπως ισχύει σήμερα, η υπηρεσία μας κατά την παρούσα διαδικασία ανάθεσης δημόσιας σύμβασης προμήθειας αγαθών, αιτιολογημένα και κατόπιν γνώμης του αρμοδίου γνωμοδοτικού οργάνου, μπορεί να κατακυρώσει τη σύμβαση για ολόκληρη ή μεγαλύτερη ή μικρότερη ποσότητα, αγαθών, από αυτήν που καθορίζεται στην παρούσα πρόσκληση, δηλαδή μπορεί να κατακυρώσει τη σύμβαση για το ογδόντα τοις εκατό (80%) μέχρι και το εκατόν είκοσι τοις εκατό (120%) της ποσότητας αγαθών που αναφέρεται στην παρούσα πρόσκληση.

Για την επιτάχυνση των διαδικασιών και για τη διευκόλυνση των ενδιαφερόμενων προμηθευτών, το Νοσοκομείο δέχεται τις προσφορές **ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ** μέσω της υπηρεσίας ηλεκτρονικής διαχείρισης αιτημάτων / προσφορών iSupplies (<http://isupplies.gr>) της εταιρείας iSmart P.C.

Προκειμένου να μπορέσετε να συμμετέχετε και να υποβάλετε απαντήσεις σχετικά με τις προσκλήσεις ενδιαφέροντος ή/και υποβολής προσφοράς, θα πρέπει να αποκτήσετε κωδικούς πρόσβασης για την εφαρμογή.

Η εγγραφή στην πλατφόρμα iSupplies είναι δωρεάν και γίνεται είτε μέσω τηλεφώνου στην iSmart P.C. στο 2103601671 είτε συμπληρώνοντας τη σχετική φόρμα εγγραφής στη διεύθυνση: <http://isupplies.gr/auth/register>. Για κάθε έρευνα που καλείστε να συμμετάσχετε, θα ενημερώνεστε μέσω email στη διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας που θα δηλώσετε κατά την εγγραφή σας.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία σχετικά με την πλατφόρμα iSupplies μπορείτε να απευθύνεστε στα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας: email: info@isupplies.gr, τηλ: 2103601671.

Καταληκτική ημερομηνία υποβολής προσφοράς ορίζεται η 12/07/2023, ημέρα Τετάρτη και ώρα 13:00μμ.

6. ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ- ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ

Η πληρωμή του μειοδότη, θα πραγματοποιείται σύμφωνα με την υποπαράγραφο Ζ.5.: «ΣΥΝΑΜΜΑΓΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΑΡΧΩΝ (Άρθρο 4 Οδηγίας 2011/7» του ν.4152/2013 από τη λήψη του τιμολογίου, με την προϋπόθεση της προσκόμισης των απαραίτητων δικαιολογητικών, όπου απαιτείται, καθώς και τυχόν όποιου άλλου εγγράφου ζητηθεί από την Οικονομική Υπηρεσία.

Τον μειοδότη θα βαρύνουν όλες οι νόμιμες κρατήσεις όπως αυτές εκάστοτε ισχύουν.

Προσφορές που ζητούν απαλλαγή τους από τις παραπάνω επιβαρύνσεις δεν γίνονται δεκτές.

Η σύμβαση θεωρείται ότι έχει εκτελεστεί όταν ολοκληρωθεί η προμήθεια, γίνει η αποπληρωμή του συμβατικού τιμήματος και εκπληρωθούν όλες οι συμβατικές υποχρεώσεις από τα συμβαλλόμενα μέρη.

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΥ ΚΑΛΛΙΤΣΑ

-



Αρ Μητρ. Ασθ:
Εθλαμος: Κλίνη:

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Παραπέμπουσα κλινική:

Συνοδός Ιατρός: ΝΑΙ ΟΧΙ Ονοματεπώνυμο:
Συνοδός συγγενής: ΝΑΙ ΟΧΙ Ονοματεπώνυμο:

Τρόπος προσέλευσης ασθενούς:

Περιπατητικός Ιδιωτικό μέσο ΕΚΑΒ Εσωτερικός ασθενής

Αναισθησιολόγοι:

Τμήμα όπου εκτελείται η αναισθησιολογική πράξη:
(αφρονικός, μαγνήτης, ανδοσκοπήσεις, ΕΙ, ΤΕΠ, Κλινική, κλπ)

Σκοπός αναισθησιολογικής κάλυψης:

Μαγνητική Αξονική Αγγειογραφία Ηλεκτρική ανάταξη Λιθοτριψία Διασωλήνωση
 Καρδιοπνευμονική αναζωόνιση Ενδοσκόπηση: Αναφέρατε το είδος:
 Βρογχοσκόπηση Υπαραχνοειδής έγχυση κυτταροστατικών Μετεχειρηρτική αναλγησία
 Μεταφορά ασθενούς εντός Νοσ. Μεταφορά ασθενούς εκτός Νοσοκομείου Διάφορα
 Προεχειρηρτική αξιολόγηση στα ΕΙ Προεγχ. αξιολόγηση στο τμήμα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΚΛΙΝ. ΕΞΕΤΑΣΗ

Ιστορικό αναισθησίας
Ιατρικό ιστορικό
Κλινική εξέταση
Εργαστηριακά

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΞ ΤΙ:

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΞΥΓΟΝΟΥ: ΝΑΙ ΟΧΙ

Λοιπές παρατηρήσεις:

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Ώρα έναρξης: Ώρα λήξης:

ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ:

ΩΡΑ

ΑΠ	240	
Υ	220	
Α	200	
	180	
	160	
	140	
	120	
	100	
	80	
	60	
	40	
	20	
	0	
ΑΝΑΠΝ		
ΘΕΡΜ		
SpO2		

ΦΑΡΜΑΚΑ:

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : Χώρα Νέζου, Τ.Κ. : 84300 ΤΗΛ.: 30 2285 360500

(υπογραφή - σφραγίδα) (υπογραφή - σφραγίδα) (υπογραφή - σφραγίδα)

Ο/Η φαρμακότης που έλεγε Ο/Η φαρμακότης που παρέωσε Ο/Η παραβάτων

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

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ημερομηνία: [] Ο/Η Διευθυντής Ιατρός

ΣΥΝΟΛΟ:

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

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εντύπιο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Ασφ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφ:
Φύλλο:	ΑΡΡΕΝ:	ΕΘΛΥ:
	Ηλικία:	Βάρος:
	ΑΔΤ:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (ΠΙΝΑΚΑ Β & Γ) ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ

ΚΑΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: []

Αρ. Μητρ. Ασφ: []

Εδάφος: [] Κλίση: []



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΤΩΛΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ
ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΞΟΥ



Φ4 761

5149

ΑΕΥΚΟ: Χαρισματοκράτιο Φαρμακείου ΠΟΖ: Υπεύθυνος Διοίκησης Φαρμακείου ΓΑΛΑΖΙΟ: Γραφείο Νοσηλιών ΚΙΤΡΙΝΟ: Στέβανος



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΑΞΟΥ

Ημερομηνία:

Χειρουργική Αίθουσα:

Ωρα Επέμβασης:

ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο Ασθενή: Α.Μ.:

Θεράπων Ιατρός:

Νοσηλευτικό Τμήμα: Δωμάτιο/Κλίνη:

Υπογραφή Προϊστάμενου Χειρουργείου

.....

ΠΡΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ο Παραλαβών Τραυματιοφορέας Χειρ/γείου:

A)

B)

Ο Παραδίδων Νοσηλευτής Τμήματος:

A)

B)

ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ο Παραδίδων Τραυματιοφορέας Χειρ/γείου:

A)

B)

Ο Παραλαβών Νοσηλευτής Τμήματος:

A)

B)



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΑΞΟΥ

Ημερομηνία:

Χειρουργική Αίθουσα:

Ωρα Επέμβασης:

ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο Ασθενή: Α.Μ.:

Θεράπων Ιατρός:

Νοσηλευτικό Τμήμα: Δωμάτιο/Κλίνη:

Υπογραφή Προϊστάμενου Χειρουργείου

.....

ΠΡΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ο Παραλαβών Τραυματιοφορέας Χειρ/γείου:

A)

B)

Ο Παραδίδων Νοσηλευτής Τμήματος:

A)

B)

ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ο Παραδίδων Τραυματιοφορέας Χειρ/γείου:

A)

B)

Ο Παραλαβών Νοσηλευτής Τμήματος:

A)

B)



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΑΞΟΥ

ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΗΜ. ΓΕΝ.	
ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
		ΥΠΕΡΤΑΣΗ		ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ
	ΚΑΠΝΙΣΜΑ		ΔΥΣΠΝΟΙΑ	
	ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ		ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΛΜΩΝ	
	ΣΔ		ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ	
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ			
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ			

ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΑΚΡΟΑΣΗ ΘΩΡΑΚΟΣ:	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (mmHg)	ΗΚΓ
ΚΑΡΔΙΑΚΟΙ ΤΟΝΟΙ:	ΣΦΥΞΕΙΣ ΑΝΑ ΛΕΠΤΟ	
ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΗΧΟΙ:		
ΣΦΑΓΙΤΙΔΕΣ:		
ΟΙΔΗΜΑΤΑ:		
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑ:		

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΣΤΑΣΗ: _____

(ΑΓΩΓΗ / ΛΟΙΠΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ____/____/____

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ:



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΑΞΟΥ

Ημερομηνία:

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ	ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ	ΚΩΔ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ:	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ:			
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ:	ΒΟΗΘΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ:			
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ:	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ:			
ΝΟΣ. ΚΙΝΗΣΗΣ:	ΝΟΣ. ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΗΣ:	ΝΟΣ. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ:		
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ*:				
ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ				
ΕΙΔΙΚΑ ΥΛΙΚΑ:				

Υπογραφή & Σφραγίδα Χειρουργού

* Καταγράφονται αναλυτικά τα στάδια Χ/Ο, οι επεμβατικές πράξεις και όλοι οι χειρισμοί της επίτευξης αυτών, καθώς και τα ειδικά υλικά στο πεδίο κάτωθι.



ΑΣ Ή ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΟΣΣ (30 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ)	
ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΑ	
ΣΟΒΑΡΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ	
ΝΕΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ Ή ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	

ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	
ΘΕΡΑΠΩΝ	
ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ- ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΡΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ, ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΕΣ, ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΕΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	

ΛΟΙΠΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΕΜ, ΚΑ, ΣΤΗΘΑΓΧΗ)	
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΚΡ>2.0, cr.cl<60), ΑΕΕ, ΣΔ	
ΑΣΘΜΑ/ΧΑΠ ΛΟΙΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	

ΜΕΤ≥4 ΧΩΡΙΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ/ ΕΠΙΔΕΙΝΟΥΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΤΑΧΕΙΑ ΒΑΔΙΣΗ, ΒΑΡΕΙΕΣ ΟΙΚΙΑΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ, ΣΚΑΛΕΣ (≥2) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΟΔΟ
ΜΕΤ<4 ΔΙΑΚΟΠΗ ΛΟΓΩ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΤΑΧΕΙΑ ΒΑΔΙΣΗ ΕΩΣ 100 ΜΕΤΡΑ, ΣΚΑΛΕΣ (<2) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΟΔΟ

ΗΚΓ:

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (mmHg)	
ΣΦΥΞΙΕΣ ΑΝΑ ΛΕΠΤΟ	
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ °C	

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΣΤΑΣΗ: _____

(ΑΓΩΓΗ / ΛΟΙΠΟΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____/_____/_____

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Κ. Υ. ΝΑΞΟΥ
ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ/ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΤΟΥ

Ημερομηνία Ημερομ. Ώρα

ΠΡΟΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ
Καθορισμός ομάδος αίματος ABO, Rh και εξετάσεις συμβατότητας

Όνομα ασθενούς Αρ. Μητρώου

Όνομα { πατέρα Επώνυμο Όνομα
 { συζύγου Ημ. Γένησης*

Ημερ. εισόδου

Διάγνωση

Εάν προβλέπεται μετάγγιση να συμπληρωθούν τα παρακάτω:

Αιματοκρίτης Αιμοσφαιρίνη

Εχουν προηγηθεί άλλες μεταγγίσεις:

Ναι Όχι Ημερ. τελευταίας μετάγγισης

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις:

Σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών

Γέννηση νεκρού εμβρύου: Ναι Όχι Αυτόματες αποβολές: Ναι Όχι

Αιμολυτική νόσος του νεογνού: Ναι Όχι

Ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρών ή άλλων οργάνων

Σημειώστε την περίπτωση

Προληπτικός έλεγχος ομάδος ABO, Rh και φύλαξη ορού

Μετάγγιση μη επείγουσα

Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα

Διαθεση αίματος χωρίς έλεγχο ομάδος και συμβατότητας

Διαθεση αίματος μόνο με έλεγχο ομάδος ABO, Rh

Διαθεση αίματος μετά από έλεγχο ομάδος ABO, Rh και συμβατότητας

Ημερομηνία μετάγγισης

Ημερομηνία προγραμματισμένης
χειρουργικής επέμβασης

1 Προγραμματισμένη

2 Μη Προγραμματισμένη

Ζητούμενη ποσότητα αίματος/προϊόντων του

Ολικό αίμα* μονάδες
(μία μονάδα = 450 ml)

Συμπυκνωμένα ερυθρά, μονάδες
(μία μονάδα = 200 ml)

Πλυμένα

Χωρίς τη στιβάδα των λευκών

Υστερα από λευκαφαίρεση με φίλτρο

Παρά την κλίση του ασθενούς

Εργαστηριακή επεξεργασία

Πλάσμα πρόσφατα κατεψυγμένο, μονάδες
(μία μονάδα = 250 ml)

Συμπυκνωμένα αιμοπετάλια, μονάδες
(μία μονάδα = 60 ml)

Αιμοπετάλια αφαίρεσης, μονάδες
(μία μονάδα = 200 ml)

Άλλο

*Ενδέκνται μόνον σε περιπτώσεις κατακλυσμιαίας αιμοραγίας και νεογνικής αιφαιμομετάγγισης

Μετά το τέλος της μετάγγισης ο σάκος αίματος επιστρέφεται στην αιμοδοσία ανεξάρτητα από την έκβαση της μετάγγισης

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ζηλοτόκιο
Φαρμακονίαζε



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Εθλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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 ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανόώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

Ιατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
- Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιοδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
- Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
- Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
- Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεται για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους ιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Τρόπος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)

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

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή



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"/>

Αίτια 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 συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

Χειρουργός

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

Αναθηταλόγος

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
- 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.
- Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος ή/και άλλομοσχεύματα που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραποπόντων ιατρών.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Είδος επέμβασης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:

- Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- 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

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
2^η Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
«Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ»
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜ. ΕΞΕΤ.	ΗΜ. ΕΠΕΜΒ.	Α.Μ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ	Α.Μ. ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ				
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		Ηλικία	Βάρος: Kg	BMI

ΠΡΟΕΓΧ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ASA	MALLAMPLATI	ΤΑΚΤΙΚΟ	ΕΚΤΑΚΤΟ
ΑΝΑΙΣΘΗΣ/ΓΟΙ: Προεγγ/κά	Διεγχειρητικά			ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ
ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: ΓΕΝΙΚΗ		ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ	ΣΥΝΔ/ΝΗ
Προαναισθητική αγωγή: Midazolam	Droperidol	Ondasetron/++	Ranitidine/Omeprazol	
ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ (ΥΠ - ΕΠ): Βελόνα Νο	Διάστημα:	Μέση	Πλαγία	Προσπάθ. Νέο Διάστημα
Αιμορραγία:	Τρώση Σκληρας:	T.A.: ml	Οπιοειδές:	Μάσχα Venturi (O ₂ %)
ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ: Macintosh: Εύκ.	Δύσκ.	Άλλη Τεχνική	LMA	
ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑΣ: No	Στομ. - Τρ.	Ευθ.	Κεκαμ.	Σπιράλ Δίαυλος Ριν. - Τρ. Τραχ/μα
ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ: No	Περιεχόμενο(ml):	ΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:		ΟΥΡΟΣΥΛΕΚΤΗΣ(ml):
ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Propofol/Etomidate/Thiopental/Sevo	Remifentanyl/Fentanyl		Άλλο	
	Rocuronium/Cis-Atracurium/Atracurium			

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ Γ.Α. + Π.Α. :00 :30 :00 :30 :00 :30 :00 :30 :00 :30

O ₂ / N ₂ O / αέρας										
Propofol/ Sevo / Des										
Remifentanyl / Fentanyl										
Rocuronium/Cis-Atracurium Atracurium										
T.A.ml										
Μετεγχειρητική αναλγ.										
Άλλα										
Επεξηγήσεις:										
	200									
	190									
	180									
	170									
	160									
	150									
	140									
	130									
	120									
	100									
ΣΑΠ (↓)										
ΔΑΠ (↑)	90									
	80									
	70									
	60									
ΚΣ. (°)	50									
	40									
	30									
SpO ₂ (%)										
ETCO ₂ (% ή mmHg)										
Διούρηση (ml)										
ΚΦΠ cmH ₂ O										
Θερμοκρασία (°C)										
Σάκχαρο										
ΑΕΡΙΣΜΟΣ TV/RR										
Αυτόμ. (Α) - Μηχ. (Μ) Paw										
Αέρια Αίματος: pH										
pCO ₂										
pO ₂										
Na										
K ⁺										
Glu										
Lac										
Hct/THbc										
BEecf										
BE (B)										
SO ₂										

ΣΥΝΟΛΟ ΥΓΡΩΝ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ: ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ:

ΚΕΝΤΡΙΚΕΣ:

MONITORING: Μη ελεμβατικό:

Ελεμβατικό:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: / ΑΝΑΝΗΨΗ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ιστορικό:		
Ακροαστικά:		Κάπνισμα:
Α/α θώρακος:		Διακοπή:
Προεγχειρητικά αέρια αίματος:	Σπειρομετρικός έλεγχος:	
	FEV ₁ :	FVC:
		FEV ₁ /FVC:

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ιστορικό:		
Κλιν. εξέταση:		
Η.Κ.Γ.:		
ΕCHO:		
Stress-Echo:		
ΣΑΠ/ΔΑΠ:	Κ.Σ.:	SPO ₂ :

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Επιληψία:	Ψυχική Νόσος:
Μυοπάθεια:	Ψυχολογική κατάσταση:

ΔΙΑΦΟΡΑ

Αλλεργία:	Μάτια:	Άλλες παθήσεις:
Ηπατ. νόσος:	Δόντια:	
Σακχ. διαβήτης:	Γνάθοι:	
Νεφρ. νόσος:	Λαιμό:	
Κεφαλαλγία:	Άνω άκρα:	
Οσφυαλγία: (Α/α ΟΜΣΣ)	Κάτω άκρα:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΦΑΡΜΑΚΑ

Ht:.....%	Hb:.....g/dl	Λ.Α.....	PLT.....	ΤΚΕ.....	
Χρ. Ροής:	Χρ. Προθ/νης:	INR	aPTT:		
K Na	Ca:	Σ.Α	ΟΥ	Κρεατ.	
Χολερ..... <.....	Λεύκωμα:..... <.....	ALT	AST		
ALP	γGT				
Άλλες εξετάσεις:					
Ορμόνες Θυροειδούς: T3: T4: TSH: HBsAg: anti-HCV					

Παρατηρήσεις:



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ν3

553

Ημ/νία: Χειρ. Αίθουσα: **ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	ΩΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΩΡΑ ΕΞΟΔΟΥ	ΠΑΡ/ΣΕΙΣ

Ο/Η Νοσηλεύτης/τρια κίνησης

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



Ημ/νία:

Χειρ. Αίθουσα:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ - ΑΙΧΜΗΡΩΝ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:	Μέτρηση προ της έναρξης της επέμβασης	1 ^η μέτρηση προ του κλεισίματος	2 ^η μέτρηση κατά το κλείσιμο	Μέτρηση κατά τη σύγκλειση του δέρματος
Κλινική:						
Είδος επέμβασης:						
Ονοματεπώνυμο χειρουργού:						
Ονοματεπώνυμο εργαλειοδότη:						
Ονοματεπώνυμο νοσηλεύτη κίνησης:						
Είδος υλικού	Σύνολο υλικών	Μέτρηση προ της έναρξης της επέμβασης	1 ^η μέτρηση προ του κλεισίματος	2 ^η μέτρηση κατά το κλείσιμο	Μέτρηση κατά τη σύγκλειση του δέρματος	
Κομπρέσες						
Γάζες 12 ply						
Γάζες 24 ply						
Τολύπια 7,5X7,5						
Τολύπια 5X5						
Αμυγδαλεκτομής						
Κουκούτσια μικρά						
Πεδία N/X						
Patties N/X						
Λάμες						
Βελόνες ραμμάτων						
Βελόνες υποδερμικές (σύριγγες)						
Βελόνες ραμμάτων (σετ)						
Μαχαιράκια διαθερμίας						
Φακαρόλες			Καταμέτρηση εργαλείων			
Loop αγγείων			Σωστή		Λάθος	
Σφουγγαράκια διαθερμίας				Παρατηρήσεις		
Καλύμματα τροκάρ						
Καλύμματα λαβίδων						
Λοιπά						
Μετρήσεις:	Σωστές	Λανθασμένες	Υπογραφή νοσηλεύτη κίνησης (και αντικαταστάτη)			
	Παρατηρήσεις					
	Αρχική μέτρηση					
	Τελική μέτρηση (να συμφωνεί με το σύνολο)					



Ημνία:

Χειρουργική Αίθ.:

ΠΑΡΑΤΑΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ

A/A	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΘΑΛΑΜΟΣ	ΚΛΙΝΗ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

Η Προϊσταμένη Χειρουργείου

Ο/Η Διευθυντής Χειρουργείου



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

N3
551

Ημ/νία:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ:

ΑΙΘΟΥΣΑ:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

A/A	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΘΑΛΑΜΟΣ	ΚΛΙΝΗ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

Η Προϊσταμένη Χειρουργείου

Ο/Η Διευθυντής Αναισθησιολογικού

Ο/Η Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ημ/νία γέννησης:		Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Α.Δ.Τ:	
Διάγνωση:		Είδος αναισθησίας:			
Πιθανή επέμβαση:		Πιθανή ώρα έναρξης:			
Χειρουργός:		Αναισθησιολόγος:			

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αλλεργίες:

Προβλήματα δέρματος (κατακλίσεις, εκδορές, μυκητιάσεις, κλπ):

Αναπηρίες - νευρομυϊκά προβλήματα - τραχειοστομία:

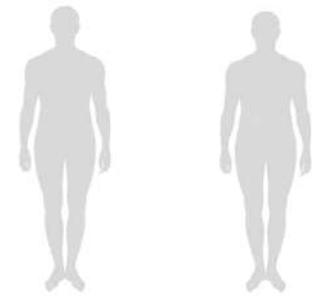
Ξένες οδοντοστοιχίες, βλεφαρίδες, περούκα, άλλα:

Προθέσεις (ακουστικά, φακοί επαφής, τεχνητός οφθαλμός, γυαλιά, βηματοδότης, ισχίου):

Ιστορικό ασθενειών: διαβήτης, υπέρταση, υπόταση, καρδιαγγειακά νοσήματα, πυρετός, κάπνισμα, μεταδοτικά νοσήματα, παθολογικές εξετάσεις, άλλα:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ

Ρίγη, παθολ. βάρος, αφύσικο ύψος, καθετήρες, παροχετεύσεις:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Βαθιές αναπνοές
Χορηγούμενα φάρμακα:			Πιέζετε την κοιλιακή χώρα με τα χέρια Βήχετε Αλλάζετε συχνά θέσεις
Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις:			Θα παίρνετε ορρούς ΜΤΧ Θα έχετε παροχετεύσεις τραύματος Θα έχετε μάσκα Ο ₂ στην ανάνηψη
Ειδικές ανάγκες (θέσεις, μηχανήματα, προετοιμασία δέρματος, κλπ):			Πιθανός χρόνος αναμονής στην ανάνηψη
Ψυχολογική εκτίμηση - υποστήριξη			Συνεχής καταγραφή ζωτικών σημείων στην ανάνηψη
Προσανατολισμός (που βρίσκεται και γιατί):	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Μεταφορά στη ΜΕΘ αν χρειάζεται
Γλωσσικά:			Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου Άλλα σχόλια:
Συναίσθηματική κατάσταση: Φόβος: <input type="checkbox"/> Ανασφάλεια: <input type="checkbox"/> Μοναξιά: <input type="checkbox"/> Άλλα: <input type="checkbox"/>			

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οικογενειακή υποστήριξη: Σύζυγος: Τέκνα: Φίλοι: Κανένας:

Όνομα:

Που θα βρίσκονται οι συγγενείς εάν είναι εκτός νοσοκομείου:

Τηλ:

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Υποχρεωτικό λουτρό το βράδυ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ – ΩΡΑ
Εγχειρητικό πεδίο μετά το λουτρό καθαριότητας		
Τίποτα από το στόμα		
Αφαίρεση κοσμημάτων, make up, οδοντοστοιχίες, βερνίκι νυχιών, φακών επαφής, περούκας, καρφίδες μαλλιών, κοπή νυχιών		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ
Τοποθέτηση εφειστρίδας δεμένο μόνο στο επάνω, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής, χάρτινο εσώρουχο (το πρώι)		
Άδειο στομάχι, μόνο αναγκαία προνάρκωση (το πρωί)		
Ενημέρωση για πιθανή ώρα έναρξης της επέμβασης		ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Ενημέρωση για τον τρόπο μεταφοράς στο χειρουργείο		
Χώρος αναμονής συγγενών		
Παρενέργειες προνάρκωσης, υπνηλία, ναυτία, ταχυσφυγμία		
ΠΡΟΣΟΧΗ: Να αδειάσετε την κύστη πριν τη προνάρκωση		

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Ημ/νία:		Χειρουργός:		Αναισθησιολόγος:	
Αίθουσα:		Επέμβαση:	Προγραμματισμένη:	Έκτακτη:	(σημειώστε με x στο ανάλογο πεδίο)
ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ		ΩΡΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	Προγραμματισμένη ώρα:	Αρχή:	Επόμε. επέμβ.:
			Ώρα χειρουργείου:	Είσοδος:	Έξοδος:
			Ώρα επέμβασης:	Αρχή:	Τέλος:
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ	
		Αναγνώριση στοιχείων		ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
		Εργαστηριακά – Αυστραλιανό αντιγόνο	Γενική	Βραχεία γενική	Ραχιαία
		Αναισθησιολογικό διάγραμμα	Περιοχική	Βραχιονικό block	N.A.A.
		Συγκατάθεση ασθενούς ή συγγενή	ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ		
		Επιβεβαίωση του πάσχοντος οργάνου (ΔΕ-ΑΡ)	Ιστολογική	Ταχεία	Καλλιέργεια
		Τίποτα από το στόμα – έλεγχος	Ιστοχημεία	Ορμονοϋποδοχείς	Άλλα
		Αλλεργίες, αν ναι, έχουν γραφτεί	ΦΑΡΜΑΚΑ – ΥΓΡΑ – ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ - ΆΛΛΑ		
		Οδοντοστοιχίες, κοσμήματα, make up, προσθέτων (φακών επαφής κλπ) Έχουν αφαιρεθεί:	ΔΟΣΗ:	ΩΡΑ:	ΟΔΟΣ:
		Ζωτικά σημεία σημειωμένα	ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ		
		Προνάρκωση έχει δοθεί:	Υλικό:	Catalogue number:	
		Κένωση κύστης	Κατασκευάστρια εταιρία:	Lot number:	
		ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ	ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ		
		Διαθερμία κοινή	Κλειστή τραύματος	Pen-rose	Γυναικ. Ταμπόν
		Στοιχεία μηχανήματος	Κλειστή θώρακος	Shirley	Ω.Ρ.Λ. Ταμπόν
		Γείωση	Kehr	Levin	Άλλα
		Διαθερμία διπλοκή	Νούμερο:	Θέση:	
		Στοιχεία μηχανήματος	ΣΥΡΡΑΦΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ		
		Λαπαροσκοπική διαθερμία	Ενδοδερμική	Ράμματα	Τάσεις
		ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ	Απλή γάζα	Ορθομπάν	Ελαστικός επίδεσμος
Folley	Netation	Προέλεγχος μπαλονιού	Steri-strips	Λευκοπλάστ	Δικτυωτός επίδεσμος
No			Micropore	Ταπε μετάξας	
Ποσόν & χρώμα	Χωρητικότητα μπαλονιού		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ		
Τοποθετήθηκε από:			ΕΙΔΟΣ	ΩΣΤΗ	ΛΑΘΟΣ
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΣΗ			Εργαλεία		
Ύπτια	Πρηνής	Πρηνής γωνιώδης	Γάζες		
Πλάγια γωνιώδης		Λιθοτομή	Βελόνες		
Εξαρτήματα θέσεων		Άλλα			
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ		ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ		ΑΠΟΒΛΗΤΑ	
Povidone iodine	Alcohol pure		1. Καθαρό	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Άλλα	Br. Cetrinani		2. Καθαρό – Σηπτικό	Αν ναι, περιγράψτε:	
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	3. Σηπτικό		
ΙΣΧΑΙΜΟΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗ			4. Ρυπαρό		
Αριστερό πόδι:	Αριστερό χέρι:		ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ		
Πίεση mm/Hg ON ώρα:	OFF ώρα:				
Δεξί πόδι	Δεξί χέρι				
Πίεση mm/Hg ON ώρα:	OFF ώρα:				
ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ					
Μικροσκόπιο	Αναρρόφηση				
Laser	Video				
Ορθωπ. Έκταση	X – ray / C – cam				
Κανένας	Πνευμοπεριτοναίο	ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΡΙΑ/ΤΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ/ΤΗΣ	ΩΡΑ	
Υπέρηχοι	Κρυσπηξία	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΩΡΑ	
Άλλα	Θερμοπηξία				
	Ψηφιακός Αγγειογράφος				
		Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΕ ΣΕ:			
ΘΕΡΜΑΙΝΟΜΕΝΗ – ΨΥΞΗΣ ΚΟΥΒΕΡΤΑ		ΜΕΘ			
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΛΙΝΙΚΗ			
		ΆΛΛΟΥ:			
Serial No:		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ			
Θερμοκρασία:					

<p>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Πατέρας – μητέρα - αδέρφια Σύζυγος - τέκνα Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι</p>	
<p>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Παιδικά νοσήματα - αφροδίσια Εισαγωγές σε νοσοκομείο - εγχειρήσεις Τραύματα - κακώσεις Γυναικολογικό ιστορικό Έμμηνος ρύση (αρχή - τέλος - διάρκεια) Τοκετοί - αποβολές κτλ. Χρήση φαρμάκων Αλλεργίες</p>	
<p>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Τόπος γέννησης - διαμονή Θρησκεία - εκπαίδευση - απασχόληση Οικογενειακή ζωή - προβλήματα Χόμπι - κατοικίδια ζώα Διατροφή - χρήση οινοπνευματωδών Κάπνισμα - χρήση ουσιών Έκθεση σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες</p>	
<p>ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ (κατά συστήματα)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ γενικά ▪ δέρμα ▪ κεφαλή-τράχηλος ▪ μάτια ▪ αυτιά - μύτη - στόμα - φάρυγγας ▪ μαστοί ▪ αναπνευστικό ▪ καρδιαγγειακό ▪ πεπτικό ▪ αιμοποιητικό - λεμφαδένες ▪ ουροποιογεννητικό ▪ ερειστικό ▪ νευρικό ▪ ψυχικές λειτουργίες 	
<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Θερμοκρασία - ΑΠ - σφίξεις – αναπνοές – Κ.Φ.Π. ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ: Διάπλαση - όψη - θρέψη - ύψος – βάρος – Β.Μ.Ι (δείκτης μάζας σώματος) Κατάκοιτος / περιπατητικός οιδήματα ΨΥΧΟ-ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Καλός/κακός πληροφοριοδότης Ευσυγκίνητος - νωθρός - συγχυτικός - κωματώδης Προσοχή - προσανατολισμός - μνήμη - δυσκολία ομιλίας</p>	

ΔΕΡΜΑ:

Χροιά - σπαργή - τρίχωση -
εξανθήματα κτλ

ΚΕΦΑΛΗ:

Οφθαλμοί - ρις - ώτα - στόμα -
φάρυγγας

ΤΡΑΧΗΛΟΣ:

Κινήσεις - θυρεοειδής - τραχεία -
λεμφαδένες - μεγάλα αγγεία

ΚΟΡΜΟΣ:**ΑΝΩ ΑΚΡΑ:**

Άκρα χειρ - παλάμες - δάκτυλα -
νύχια - μυϊκή ισχύς Έλκυση
αντανεκλαστικών- αρθρώσεις -
αγγεία

ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ:

Άκρος πους - πέλματα - δάκτυλα -
νύχια - σφυρά - γαστροκνημίες -
μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις - αγγεία

ΜΑΣΤΟΙ:**ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ:**

Τραχηλικοί - υπερκλειδίοι -
μασχαλιαίοι - βουβωνικοί - άλλοι

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση
- ακρόαση

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:

Καρδιά: ώση-τόνοι-φυσήματα-ροίζος
Αγγεία: σφίξεις - φυσήματα

ΚΟΙΛΙΑ

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση
- ακρόαση

Ήπαρ - σπλην - νεφροί

Δακτυλική εξέταση

ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ**ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ**

Μυϊκός τόνος - μυϊκή ισχύς
αρθρώσεις

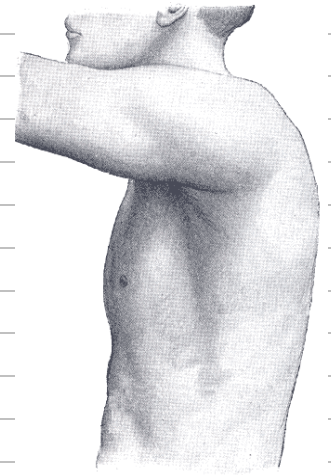
ΝΕΥΡΙΚΟ

Συνείδηση - επικοινωνία -
προσανατολισμός -

Στάση - βάδιση

Αισθητικότητα - κινητικότητα

Εγκεφαλικές συζυγίες -
παρεγκεφαλίδα





Αριθμ. Μητρ. Ασθ.:

Θάλαμος:

Κλίνη:

ΔΕΛΤΙΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Αιματοκρίτης										
Αιμοσφαιρίνη										
Αιμοπετάλια										
Λευκά										
Τύπος λευκών (Π/Λ/Μ/Η/...)										
Σάκχαρο										
Ουρία										
Κρεατινίνη										
Ψευδοχολινεστεράση										
Na										
K										
Ca										
P										
Χολερυθρίνη ολική										
Χολερυθρίνη άμεση										
SGOT(AST)										
SGPT(ALT)										
γGT										
Αμυλάση										
CPK										
CK-MB										
Τροπονίνη										
LDH										
Αλκαλική φωσφατάση										
Χοληστερόλη ολική										
Τριγλυκερίδια										
HDL										
LDL										
Ουρικό										
CEA										
CA 19-9										
CA 125										
CA 15-3										
αFP										

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ									
Γενική Ούρων										
Φερριτίνη										
B12										
Φυλλικό										
Σίδηρος										
Αλβουμίνη										
Σφαιρίνες										
Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών										
Ηλεκτροφόρηση λιποπρωτεϊνών										
T3										
T4										
TSH										
Widal										
Wright										
Wright-Coombs										
Mono-Test										
PT / INR										
aPTT										
Ινωδογόνο										
FDP / DD										
CRP										
RF										
ANA										
anti-DNA										
AMA										
ASMA										
anti-ENA										
Scl-70										
Ανοσοσφαιρίνες										
cANCA										
pANCA										
Τεστ κήσης										



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

11
404

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Στο φύλλο αυτό μπορούν να καταγράφονται προς παρακολούθηση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων τα οποία δεν έχουν αριθμητικό χαρακτήρα (π.χ. ιστολογικές, απεικονιστικές, ενδοσκοπικές εξετάσεις κλπ.)

ΕΞΕΤΑΣΗ:

Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΕΞΕΤΑΣΗ:

Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΕΞΕΤΑΣΗ:

Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΕΞΕΤΑΣΗ:		
Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:
ΕΞΕΤΑΣΗ:		
Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:
ΕΞΕΤΑΣΗ:		
Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:
ΕΞΕΤΑΣΗ:		
Ημ/νία:	Ημ/νία:	Ημ/νία:



Αρ. Μητρ. Ασθ.:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΦΥΛΛΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Οικογεν. κατάσταση:	<input type="text"/>
Εθνικότητα:	<input type="text"/>	Υπηκοότητα:	<input type="text"/>	Θρήσκευμα:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
----------	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

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

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΕΜΜ. ΡΥΣΗΣ:

Τ.Ε.Ρ.:

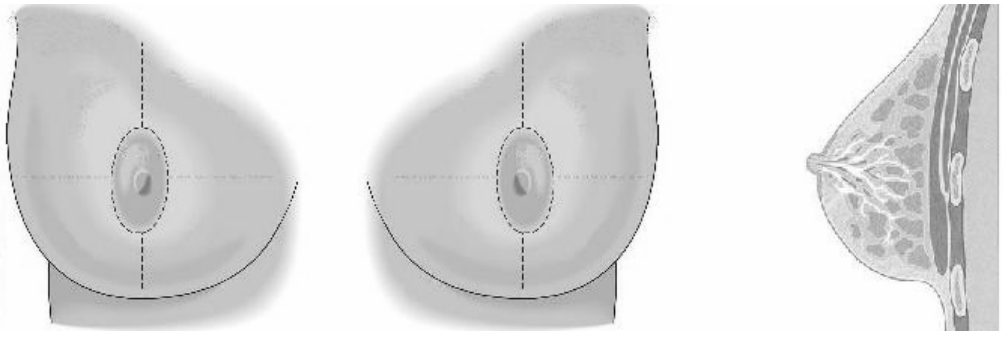
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΥΗΣΕΩΝ:	ΑΥΤ. ΑΠΟΒΟΛΕΣ:	<input type="text"/>	ΠΡΟΚΛΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ:	<input type="text"/>
	ΔΙΑΓΝ. ΑΠΟΞΕΣΕΙΣ:	<input type="text"/>	ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ:	<input type="text"/>
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΚΕΤΩΝ:	Φ.Τ.:	<input type="text"/>	ΜΕ ΕΒΡΥΟΥΛΚΙΑ:	<input type="text"/>
			ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ:	<input type="text"/>

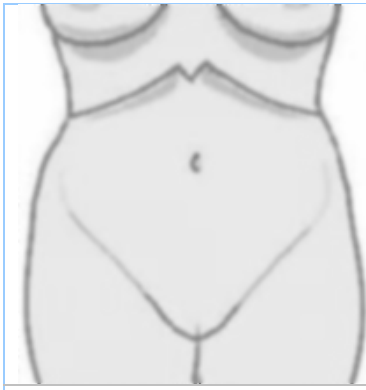
ΜΑΙΕΥΤ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ:

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

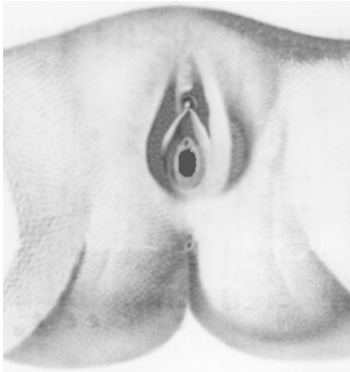
ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

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

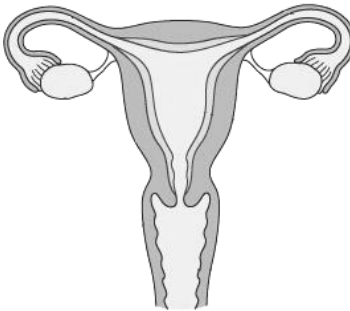
<p>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Πατέρας – μητέρα - αδέρφια Σύζυγος - τέκνα Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι</p>	
<p>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Παιδικά νοσήματα - Εισαγωγές σε νοσοκομείο - εγχειρήσεις Τραύματα - κακώσεις Χρήση φαρμάκων - Αλλεργίες</p>	
<p>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Θρησκεία - εκπαίδευση - απασχόληση Οικογενειακή ζωή - προβλήματα - χόμπι Διατροφή - χρήση οινοπνευματωδών Κάπνισμα - χρήση ουσιών Έκθεση σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες</p>	
<p>ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ (κατά συστήματα) ▪ δέρμα ▪ κεφαλή-τράχηλος ▪ μάτια ▪ αυτιά - μύτη - στόμα - φάρυγγας ▪ μαστοί ▪ αναπνευστικό ▪ καρδιαγγειακό ▪ πεπτικό ▪ αιμοποιητικό - λεμφαδένες ▪ ουροποιογεννητικό ▪ ερειστικό ▪ νευρικό ▪ ψυχικές λειτουργίες</p>	
<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Θερμοκρασία - ΑΠ - σφίξεις - αναπνοές ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ: Διάπλαση - όψη - θρέψη - ύψος - βάρος Κατάκοιτη / περιπατητική</p>	
<p>ΜΑΣΤΟΙ: ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ: Τραχηλικοί - υπερκλείδιοι - μασχαλιαίοι - βουβωνικοί - άλλοι</p>	
	



ΚΟΙΛΙΑ - Δακτυλική εξέταση - Δουγλάσσειος - Κύστη - Ορθό



Περίνεο - Αιδοίο



Κόλπος - Τράχηλος - Σώμα μήτρας



Εξαρτήματα - Παραμήτρια

ΚΟΙΛΙΑ

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση
- ακρόαση

Ήπαρ - σπλην - νεφροί

Δακτυλική εξέταση

ΔΕΡΜΑ: Χροιά - σπαργή - τριχωση - εξανθήματα κτλ	
ΚΕΦΑΛΗ: Οφθαλμοί - ρις - ότα - στόμα - φάρυγγας	
ΤΡΑΧΗΛΟΣ: Κινήσεις - θυρεοειδής - τραχεία - λεμφαδένες - μεγάλα αγγεία	
ΚΟΡΜΟΣ:	
ΑΝΩ ΑΚΡΑ: Άκρα χειρ - παλάμες - δάκτυλα - νύχια - μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις - αγγεία	
ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ: Άκρος πους - πέλματα - δάκτυλα - νύχια - σφυρά - γαστροκνημίες - μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις - αγγεία	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ: Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση - ακρόαση	
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ: Καρδιά: ώση-τόνοι-φουσήματα-ροίζος Αγγεία: σφίξεις - φουσήματα	
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ Μυϊκός τόνος - μυϊκή ισχύς αρθρώσεις	
ΝΕΥΡΙΚΟ Συνείδηση - επικοινωνία - προσανατολισμός Στάση - βάδιση Αισθητικότητα - κινητικότητα Εγκεφαλικές συζυγίες - παρεγκεφαλίδα	



Αρ. Μητρ. Ασθ.:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΦΥΛΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Επάγγελμα:		Οικογεν. κατάσταση:	
Εθνικότητα:		Υπηκοότητα:		Θρήσκευμα:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Ασφ. Φορέας:				Αρ. Μητρ. Ασθ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ/ΠΑΤΕΡΑ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Καρδιοπάθειες:		Ηπατίτιδες:	
Υπέρταση:		Θυρεοειδοπάθειες:	
Διαβήτης:		Άλλες ασθένειες:	
Νεφροπάθεια:		Κληρονομικό ιστ.:	
Εγχειρήσεις:			
Υγεία συζύγου:			

Μετάγγιση αίματος στο παρελθόν: ΝΑΙ: ΟΧΙ: Αντιδράσεις:

Φαρμακευτική αλλεργία: ΝΑΙ: ΟΧΙ: Σε ποια φάρμακα:

Άλλες Αλλεργίες:

Λήψη Φαρμάκων:

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Έναρξη Ε.Ρ.:		Χαρακτήρας κύκλου:		Τοκετοί :		Παιδιά ζωντανά:					
Α.Ε.:		Τ.Ε.:		Δ.Α.:		Τ.Ε.Ρ.:		Π.Η.Τ.:		ΤΟΚΟΣ:	
Φλεγμονές:				Test PAP:							

Μαιευτικές επεμβάσεις - Ιστορικό επιπλοκών σε προηγούμενη κύηση:

Παρατηρήσεις:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ομάδα αίματος - Rh:		Παλμοί:		Διαστολή τραχήλου:		Οδύνες:	
Σχήμα :		Προβολή:		Προβ. Μοίρα - ύψος:		Θέση:	
Εμβρ. Υμένες:		από		Προγεννητική αμνιοπαρακέντηση - λήψη τροφοβλάστης:			
Α.Π.:				Διαβήτης:			
HIV:				Υπέρταση:			
HCV:				Λεύκωμα:			
HBsAg:				Σφύξεις:			
Listeriae tox.:				Αιμορραγία:			
CMV				Κάπνισμα:			
Ερυθρά:				Ετερόζυγος Β Μεσογειακή αναιμία:			
Βάρος:	Αρχικό:		Τελικό:	Αύξηση Βάρους:			
Φάρμακα:							
Θηλάκιο:	Άρρηκτο:	Ερρηγμένο:	Ημ/νία:		Ώρα:		
Αμν. υγρό:	Διαυγές	Κεχρωμένο:	Παρατηρήσεις:				

ΤΟΚΕΤΟΙ

Κύηση	Έτος	Εβδ. κύησης	Είδος τοκετού	Φύλο	Βάρος	Επιπλοκές

ΠΑΡΤΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΙΑΣΤΟΛΗ

Τελεία

Χωρίς εξάλειψη

ΠΑΛΜΟΙ

ΩΔΙΝΕΣ /10'

ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ

ΟΞΥΤΟΚΙΝΗ

ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

APGAR SCORE

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ				1'	5'	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΚΑΡΔΙΑΚΟΙ ΠΑΛΜΟΙ	ΑΠΟΥΣΙΑΖΟΥΝ 0	ΚΑΤΩ ΤΩΝ 100/1' 1	ΑΝΩ ΤΩΝ 100/1' 2			
ΑΝΑΠΝΟΗ	ΑΠΟΥΣΙΑΖΕΙ 0	ΑΡΓΗ & ΑΡΡΥΘΜΗ 1	ΚΛΑΜΑ ΖΩΗΡΟ 2			
ΜΥΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	ΑΤΟΝΟΣ 0	ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟΣ 1	ΕΝΕΡΓ. ΚΙΝΗΣ. 2			
ΧΡΩΜΑ	ΩΧΡΟΚΥΑΝΟ 0	ΚΥΑΝΑ ΑΚΡΑ 1	ΡΟΔΑΛΟ 2			
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ	ΚΑΜΜΙΑ 0	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ 1	ΦΤΕΡΝΙΣΜΑ-ΚΛΑΜΑ 2			
			ΣΥΝΟΛΟ:			

ΤΟΚΕΤΟΣ

Φυσιολογικός: Υστεροτοκία: Περινεοτομή: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

Σικουουλκία: Λόγω:

Εξελκυσμός:

Εμβρυουλκία:

Καισαρική τομή:

Υπεύθυνος:

Ενεργήσας:

Μαία:

Αναισθ/γος:

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ:

Ημ/νία: Ώρα: Χειρουργός:

Αρ. Βιβλίου: Χειρουργός:

Αναισθ/γος: Χειρουργός:

Αδελφή:

ΝΕΟΓΝΟ

Αριθμός: Γένος: Ζωντανό: Νεκρό: Θνησιγενές: Ώριμο: Πρόωρο: Παρατασιακό:

Ομάδα αίματος - Rh: Βάρος: Kg Ύψος: cm Βάρος πλακούντα: Kg

Αμ. COOMBS: ΑΝΤΙ-D ορός ΝΑΙ: ΟΧΙ: Θηλασμός: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΝΕΟΓΝΟΥ

ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΔΕΞΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΠΕΛΜΑΤΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

Η Προϊσταμένη που παρίσταται στον τοκετό:

Ονοματεπώνυμο - υπογραφή

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΕΟΓΝΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα :	<input type="text"/>	Πατρώνυμο :	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ:	<input type="text"/>
Θάλαμος:	<input type="text"/>	Κλίνη:	<input type="text"/>	Ασφαλ. Φορέας:	<input type="text"/>
				Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ / ΣΥΖΥΓΟΥ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα :	<input type="text"/>	Πατρώνυμο :	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ (Συμπληρώνεται από τον μαιευτήρα)

Ημ/νία τοκετού:	<input type="text"/>	Ώρα τοκετού:	<input type="text"/>	Φύλο:	<input type="text"/>
ΤΕΠ:	<input type="text"/>	ΠΗΤ:	<input type="text"/>	Εβδ. κύησης:	<input type="text"/>
				ΤΟΚΟΣ:	<input type="text"/>

ΤΟΚΕΤΟΣ: Φυσιολογικός: Σικουλκία: Εξελκυσμός: Εμβρυουλκία: Καισαρική τομή: Λόγω: Αμν. υγρό: (κεχρωσμένο, αιματηρό, δύσοσμο κλπ.)Πλακούντας (βάρους κλπ.) Ομφ. λώρος: Στοιχεία ιστορικού παρούσης κυήσεως: (φάρμακα, διαβήτης, θυροειδοπάθεια κλπ.)Υπερηχογραφικά παθολογικά ευρήματα κατά την κύηση: Χρόνος ρήξης θυλακίου: Κατά τη γέννηση: Βάρος: Μήκος: Π.Κ.: Κατά την έξοδο: Βάρος: Μήκος: Π.Κ.: Μαιευτήρας: Μαία:

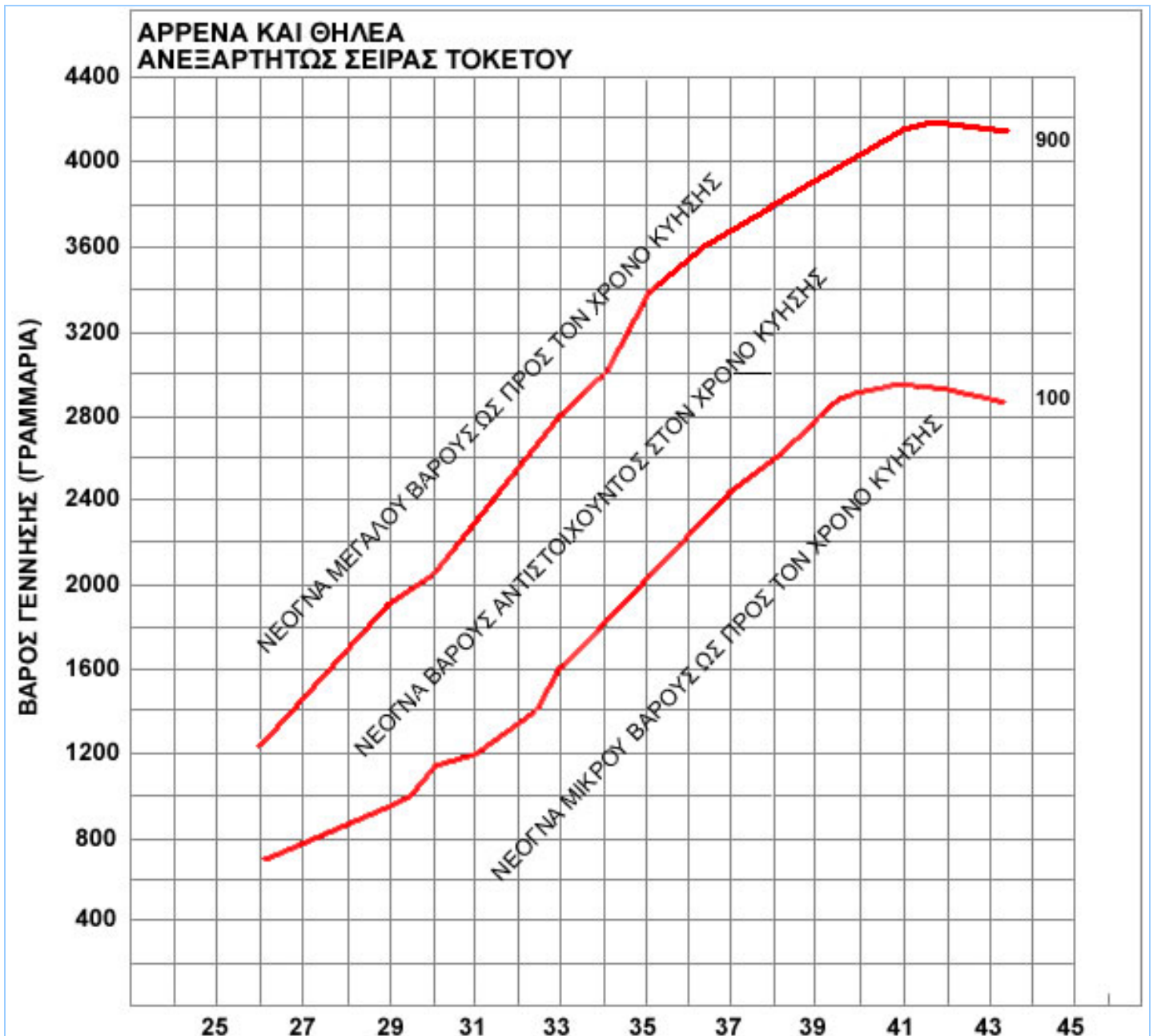
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΗΤΕΡΑΣ (Συμπληρώνεται από τον μαιευτήρα)

Ομάδα:	<input type="text"/>	Rh:	<input type="text"/>	ΕΜΜ. COOBS:	<input type="text"/>
HBsAg:	<input type="text"/>	Άλλες ηπατίτιδες:	<input type="text"/>		
Ερυθρά: Νόσησε;	<input type="text"/>	Εμβόλιο;	<input type="text"/>	Τοξοπλάσμωση:	<input type="text"/>
				CMV:	<input type="text"/>
Έρπης γεννητικών οργάνων:	<input type="text"/>	Άλλα:	<input type="text"/>		
Ετερόζυγος Β μεσογειακή αναιμία:	<input type="text"/>				
Ετερόζυγος δρεπανοκυτταρική αναιμία:	<input type="text"/>				
Άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες:	<input type="text"/>				
Στοιχεία ιστορικού προηγούμενων κυήσεων, αποβολές, συγγενείς ανωμαλίες:	<input type="text"/>				
Καπνίστρια:	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>
Αριθμός τσιγάρων:	<input type="text"/>				

ΝΕΟΓΝΟ

APGAR

Ομάδα νεογνού:	<input type="text"/>	Rh νεογνού:	<input type="text"/>	ΑΜ. COOBS:	<input type="text"/>	G6PD:	<input type="text"/>	APGAR	1'	5'	10'
Έκλαψε αμέσως:	<input type="text"/>	Ανέπνευσε αμέσως:	<input type="text"/>	Σφιξίς:	<input type="text"/>	Αναπνοές:	<input type="text"/>				
Ατρησία: Οισοφάγος:	<input type="text"/>	Πρωκτού:	<input type="text"/>	Ρινικών χροανών:	<input type="text"/>			Καρδ. συχν.			
Κονάκιο:	<input type="text"/>	Κολλύριο:	<input type="text"/>	Θερμοκρασία:	<input type="text"/>	Dextro:	<input type="text"/>	Αναπνοή			
Όνομα Μαίας:	<input type="text"/>							Χρώμα			
ΑΝΑΝΗΨΗ								Τόνος			
O ₂ με μάσκα:	<input type="text"/>	Διασωλήνωση:	<input type="text"/>					Αντανακλ.			
Ενδοτραχ. Αναρρόφηση:	<input type="text"/>	Φάρμακα:	<input type="text"/>								
Άλλα:	<input type="text"/>							ΣΥΝΟΛΟ			

**ΠΡΩΤΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ**

Ημ/νία:		Ώρα:	
Μετρήσεις:	Βάρος:	Μήκος:	Περίμετρος κεφαλής:
Εκτίμηση βάρους:	Λιποβαρές:	Κανονικό:	Υπέρβαρο:
Ατρησία:	Οισοφάγου:	Πρωκτού:	Ρινικών χοανών:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Γενική κατάσταση:	
Κυκλοφορικό:	
Αναπνευστικό:	
Πεπτικό:	
Ουρογεννητικό:	
Νευρικό:	
Σκελετός - Αρθρώσεις:	
Καλυπτήριο:	
Κεφάλι (πηγές - ραφές):	
Έτερα ευρήματα:	
Θεραπευτική αγωγή:	

Άλλα:	

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

Νοσηλ. Τμήμα:

Θέση:

Θάλαμος:

Αρ. Μητρώου:

ΗΜ/ΝΙΑ																																	
ΗΜΕΡΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ																																	
ΒΑΡΟΣ	ΘΕΡΜ.	9	12	5	12	9	12	5	12	9	12	5	12	9	12	5	12	9	12	5	12	9	12	5	12	9	12	5	12	9	12	5	12
00	40°																																
00	39°																																
00	38°																																
00	37°																																
00	36°																																
00	35°																																

ΔΙΑΤΡΟΦΗ																						
		ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	ΩΡΑ	ΠΟΣΟ	
ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΓΕΥΜΑΤΩΝ																						
ΣΥΝΟΛΟ																						
ΘΕΡΜΙΔΕΣ																						
ΥΓΡΑ																						
ΚΕΝΩΣΕΙΣ	ΠΟΙΟΝ																					
	ΑΡΙΘΜΟΣ																					
ΟΥΡΑ																						
ΕΜΕΤΟΙ																						

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Εξετάσεις	Ημ/νία									
Αιματοκρίτης										
Αιμοσφαιρίνη										
Αιμοπετάλια										
Λευκά										
Τύπος Λευκών (Π/Λ/Μ/Η/...)										
Σάκχαρο										
Ουρία										
Κρεατινίνη										
Na										
K										
Ca										
P										
Χολερυθρίνη ολική										
Χολερυθρίνη άμεση										
SGOT (AST)										
SGPT (ALT)										
γ-GT										
CPK										
CK-MB										
Αλκαλική φωσφατάση										
Τριγλυκερίδια										
Ουρικό										
Γενική ούρων										
Φερριτίνη										
Σίδηρος										
Αλβουμίνη										
Σφαιρίνες										
Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών										
PT/INR										
aPTT										
Ινωδογόνο										
FDP/DD										
CRP										
Ψευδοχολινεστεράση										

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ Μ.Ε.Ν.Ν.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ

Ημ/νία εισαγωγής: Ώρα εισαγωγής:
Θερμοκρασία: Dextrostix: Σφ: Αν.: Α.Π.:
Ατρησία ριν. χοανών; Οισοφάγού; Πρωκτού;
Ομάδα αίματος: Μητέρα: Πατέρα: Νεογνού: Άμεση Coombs: G - 6 - PD:

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Γενική Κατάσταση:

Παθολογικά κλινικά ευρήματα:

Διάρκεια κύησης βάσει ΤΕΡ: ΕΒΔ. Εκτίμηση κατά PARKIN: ΕΒΔ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

-
-
-
-
-
-

Το νεογνό εισάγεται για νοσηλεία στην παρακολούθηση.

Ο/Η Ιατρός που έκανε την εισαγωγή

(υπογραφή)

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΝΕΟΓΝΟΥ

ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΔΕΞΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΠΕΛΜΑΤΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

Η προϊσταμένη που παρίσταται στον τοκετό:

(Όνοματεπώνυμο – υπογραφή)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

Εγκρίνεται η έξοδος. Συστήθηκε επανεξέταση μετά

Διάγνωση:

Έκβαση:

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή)

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΝΕΟΓΝΟΥ

Παρέλαβα το παιδί μου

Αγόρι:

Κορίτσι:

την

ημερομηνία

Ο/η παραλαμβάν

μητέρα/πατέρας:

Α.Δ.Τ.:

Υπογραφή γονέα

Αρ. Μητρ. Ασθ.: Θάλαμος: Κλίνη: **ΦΥΛΛΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:			Όνομα:			Πατρώνυμο:				
Διεύθυνση:				Τ.Κ. – Πόλη:				Τηλ.:		
Ηλικία:			Επάγγελμα:				Οικογεν. κατάσταση:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:			Όνομα:			Τηλ.:		
----------	--	--	--------	--	--	-------	--	--

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ**ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ**

<p>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Πατέρας – μητέρα - αδέρφια Σύζυγος - τέκνα Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι</p>	
<p>ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Τόπος γέννησης - ημερομηνία Ηλικία μητέρας - σειρά τέκνου Υγεία της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη (διαβήτη κύησης – λοιμώξεις – φάρμακα - ανωμαλίες πλακούντα - κλπ) Ηλικία κύησης (εβδομάδες) Τοκετός:(πρόωρος – παρατεταμένος - καισαρική - εμβρυουλκία) Νεογνό: βάρος γέννησης – μήκος - περίμετρος κεφαλής - Apgar score Προβλήματα νεογνού (αναπνευστική δυσχέρεια – κυάνωση – σπασμοί – ίκτερος – έμετοι κλπ)</p>	
<p>ΔΙΑΤΡΟΦΗ-ΦΑΡΜΑΚΑ Θηλασμός (έναρξη - λήξη) Τεχνητό γάλα Κρέμα - φρούτα - σούπα - κρέας - ψάρι - αυγό - άλλα Βιταμίνες Φάρμακα</p>	
<p>ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ Στήριξη κεφαλής - σύλληψη Παρακολουθεί - χαμογελά Κάθεται - στέκεται Βάδιση - ομιλία Έλεγχος σφιγκτήρων (ημέρα/νύκτα)</p>	
<p>ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ Διφθερίτιδας/τετάνου/κοκκύτου (DTP) Ιλαράς/παρωτίτιδας/ερυθράς (MMR) Πολιομυελίτιδας (IPV) Αιμοφίλου ινφλουέντζας (HIB) Ηπατίτιδας Β - Ηπατίτιδας Α Μαντουχ - Εμβόλιο BCG Άλλα (μηνιγγιτιδοκόκκου, πνευμονιοκόκκου, γρίπης, ανεμευλογιάς κ.ά)</p>	
<p>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Παιδικά νοσήματα Εισαγωγές σε Νοσοκομείο - εγχειρήσεις Τραύματα - κακώσεις Χρήση φαρμάκων Αλλεργίες</p>	
<p>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Τόπος γέννησης - διαμονή Θρησκεία - εκπαίδευση - απασχόληση Οικογενειακή ζωή - προβλήματα Χόμπι - κατοικίδια ζώα Διατροφή Επιβλαβείς ατομικές συνήθειες Έκθεση σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες</p>	

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

(κατά συστήματα)

- γενικά
- δέρμα
- κεφαλή-τράχηλος
- μάτια
- αυτιά - μύτη - στόμα - φάρυγγας
- μαστοί
- αναπνευστικό
- καρδιαγγειακό
- πεπτικό
- αιμοποιητικό - λεμφαδένες
- ουροποιογεννητικό
- ερειστικό
- νευρικό
- ψυχικές λειτουργίες

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Βάρος – ύψος - ΔΜΣ

Περίμετρος κεφαλής

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

Θερμοκρασία - ΑΠ - σφίξεις –
αναπνοές

ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ:

Διάπλαση - όψη - θρέψη -

ύψος – βάρος – οδοντοφυΐα – στάδιο
εφηβείας

ΨΥΧΟ-ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΔΕΡΜΑ:

Χροιά - σπαργή - τριχωση -
εξανθήματα κτλ

ΚΕΦΑΛΗ:

Οφθαλμοί - ρις - ώτα - στόμα -
φάρυγγας

ΤΡΑΧΗΛΟΣ:

Κινήσεις - θυρεοειδής - τραχεία -
λεμφαδένες - μεγάλα αγγεία

ΚΟΡΜΟΣ:

ΑΝΩ ΑΚΡΑ:

Άκρα χειρ - παλάμες - δάκτυλα -
νύχια - μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις –
αγγεία

ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ:

Άκρος πους - πέλματα - δάκτυλα -
νύχια - σφυρά - γαστροκνημίες -
μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις - αγγεία

ΜΑΣΤΟΙ:

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ:

Τραχηλικοί - υπερκλείδιοι -
μασχαλιαίοι - βουβωνικοί - άλλοι

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση
- ακρόαση

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:

Καρδιά: ώση-τόνοι-φυσήματα-ροίζος
Αγγεία: σφίξεις - φυσήματα

ΚΟΙΛΙΑ

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση
- ακρόαση

Ήπαρ - σπλην - νεφροί

ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Μυϊκός τόνος - μυϊκή ισχύς
αρθρώσεις

ΝΕΥΡΙΚΟ

Συνείδηση - επικοινωνία -
προσανατολισμός -

Στάση - βάδιση

Αισθητικότητα - κινητικότητα

Εγκεφαλικές συζυγίες -
παρεγκεφαλίδα

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.: Θάλαμος: Κλίνη:

ΦΥΛΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Οικογεν. κατάσταση:	<input type="text"/>
Ημ/νία εισόδου:	<input type="text"/>	Ονοματεπώνυμο Συνοδού:	<input type="text"/>		
Τρόπος εισόδου:	Ακούσια: <input type="checkbox"/>	Εκούσια: <input type="checkbox"/>	Σημειώστε τον τρόπο εισόδου:		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
----------	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

(συμπτώματα και καταγραφή των γεγονότων της ζωής)

<p>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Πατέρας – μητέρα - αδέρφια Σύζυγος - τέκνα Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι</p>	
<p>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Παιδικά νοσήματα - αφροδίσια Εισαγωγές σε νοσοκομείο - εγχειρήσεις Τραύματα - κακώσεις Χρήση φαρμάκων Αλλεργίες</p>	
<p>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Τόπος γέννησης - διαμονή Συνθήκες τοκετού - γέννησης Πρώτα χρόνια ανάπτυξης (βάδιση, ομιλία, έλεγχος σφιγκτήρων, με ποιούς μεγάλωσε) Σύνθεση της οικογένειας Οικογενειακές σχέσεις (περιγραφή του αρρώστου) (περιγραφή των οικείων) Παιδική ηλικία Σχολική περίοδος Εφηβεία Σεξουαλικές τάσεις και εμπειρίες Γυναικολογικό ιστορικό Στρατιωτική θητεία Γάμος Επαγγελματική απασχόληση Θρησκεία - εκπαίδευση - απασχόληση Χόμπι - κατοικίδια ζώα Χρήση ουσιών-εξαρτήσεις</p>	
<p>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ Πώς αυτοπεριγράφεται ο άρρωστος Πώς τον περιγράφουν οι άλλοι</p>	
<p>ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ (κατά συστήματα)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ γενικά ▪ δέρμα ▪ κεφαλή-τράχηλος ▪ μάτια ▪ αυτιά - μύτη - στόμα - φάρυγγας ▪ μαστοί ▪ αναπνευστικό ▪ καρδιαγγειακό ▪ πεπτικό ▪ αιμοποιητικό - λεμφαδένες ▪ ουροποιογεννητικό ▪ ερειστικό ▪ νευρικό 	

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:**

Θερμοκρασία - ΑΠ - σφίξεις - αναπνοές

ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ:

Διάπλαση - όψη - θρέψη -

ύψος - βάρος

Κατάκοιτος / περιπατητικός

ΨΥΧΟ-ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Καλός/κακός πληροφοριοδότης

Ευσυγκίνητος - νωθρός -

συγκεχυμένος - κωματώδης

Προσοχή - προσανατολισμός - μνήμη

- δυσκολία ομιλίας

ΔΕΡΜΑ:

Χροιά - σπαργή - εξανθήματα κτλ

ΚΕΦΑΛΗ:

Οφθαλμοί - ρις - ώτα - στόμα -

φάρυγγας

ΤΡΑΧΗΛΟΣ:

Κινήσεις - θυρεοειδής - τραχεία -

λεμφαδένες - μεγάλα αγγεία

ΚΟΡΜΟΣ:**ΑΝΩ ΑΚΡΑ:**

Άκρα χειρ - παλάμες - δάκτυλα -

μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις - αγγεία

ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ:

Άκρος πους - πέλματα - δάκτυλα -

νύχια - σφυρά - γαστροκνημίες -

μυϊκή ισχύς - αρθρώσεις - αγγεία

ΜΑΣΤΟΙ:**ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ:**

Τραχηλικοί - υπερκλείδιοι -

μασχαλιαίοι - βουβωνικοί - άλλοι

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση

- ακρόαση

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:

Καρδιά: ώση-τόνοι-φυσήματα-ροίζος

Αγγεία: σφίξεις - φυσήματα

ΚΟΙΛΙΑ:

Επισκόπηση - επίκρουση - ψηλάφηση

- ακρόαση

Ήπαρ - σπλην - νεφροί

Δακτυλική εξέταση

ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ:**ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:**

Μυϊκός τόνος - μυϊκή ισχύς

αρθρώσεις

ΝΕΥΡΙΚΟ:

Συνείδηση - επικοινωνία -

προσανατολισμός -

Στάση - βάδιση

Αισθητικότητα - κινητικότητα

Εγκεφαλικές συζυγίες -

παρεγκεφαλίδα

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ
ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

- Σημειολογία της συμπεριφοράς
- Εμφάνιση - έκφραση προσώπου - στάση κατά την εξέταση
- Στοιχεία από την καθημερινή (ατομική και κοινωνική) ζωή
- Φροντίδα του σώματος / έλεγχος σφιγκτήρων
- Διατροφή - ύπνος - σεξουαλική συμπεριφορά
- Οικογενειακή - κοινωνική - επαγγελματική ζωή
- τάσεις αυτοκτονίας-επιθετικότητα
- Σημειολογία της παρούσας ψυχικής δραστηριότητας
- Εύρος και διαύγεια της συνείδησης - συνείδηση εαυτού
- Προσανατολισμός στο χώρο/χρόνο - προσοχή-συγκέντρωση
- Μνήμη
- Κρίση
- σκέψη (ροή-περιεχόμενο)
- Αντίληψη
- Συναίσθημα
- Βούληση και ψυχοκινητικότητα

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.:

ΦΥΛΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Τ.Ε.Π.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΗΜ/ΝΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

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

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΟΔΗΓΙΕΣ

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

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

	Όνοματεπώνυμο – υπογραφή ιατρού

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΜΕΤΡΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

Ώρα	°C	ΑΠ	Σφύξεις	Αναπν.	Ώρα	°C	ΑΠ	Σφύξεις	Αναπν.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	Δόση – οδός χορήγησης	Ώρα	Υπογραφή νοσηλεύτριας

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΡΩΝ

	Ποσότητα	Ροή (ml/h)	Ώρα	Υπογραφή νοσηλεύτριας

ΛΟΙΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

Η Προϊσταμένη

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.: Θάλαμος: Κλίνη:

ΦΥΛΟ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ.:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Τηλ.:	
----------	--	--------	--	-------	--

ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΕΞΕΤΑΣΗ

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Νοσήματα - Εισαγωγές - Εγχειρήσεις Τραύματα - κακώσεις Χρήση φαρμάκων – Αλλεργίες	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Διαμονή - εκπαίδευση - απασχόληση Κάπνισμα – αλκοόλ - χρήση ουσιών	
ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ▪ Κεφαλή – τράχηλος – αυτιά - μάτια ▪ αναπνευστικό - καρδιαγγειακό ▪ πεπτικό - ουροιογεννητικό ▪ αιμοποιητικό – λεμφαδένες ▪ ερειστικό - νευρικό	
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	
ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	
ΨΥΧΟ-ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Διάπλαση - όψη - θρέψη - δέρμα	
ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ Οφθαλμοί-ρις-ώτα-στόμα-φάρυγγας	
ΚΟΡΜΟΣ-ΑΚΡΑ-ΜΑΣΤΟΙ-ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ- ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ	
ΚΟΙΛΙΑ - ΠΕΠΤΙΚΟ Ήπαρ - σπλην – νεφροί -δακτυλική	
ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ	
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ - ΝΕΥΡΙΚΟ	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματοκρίτης					Χολερυθρίνη				
Αιμοσφαιρίνη					SGOT(AST)				
Αιμοπετάλια					SGPT(ALT)				
Λευκά					γGT				
Τύπος λευκών					Αμυλάση				
					CPK				
K					CK-MB				
Na					LDH				
Ουρία					Αλκαλ. φωσφατάση				
Σάκχαρο									
Κρεατινίνη					Χοληστερόλη				
Ουρικό					Τριγλυκερίδια				
					HDL				
Γενική ούρων					LDL				

ΗΚΓ

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΛΟΙΠΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

	Ο/Η Ιατρός

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΩΡΑ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΔΟΣΕΙΣ-ΟΔΟΣ	Ώρα-υποργ.	Ώρα-υποργ.	Ώρα-υποργ.	Ώρα-υποργ.	Ώρα-υποργ.	Ώρα-υποργ.

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ

ΟΡΟΙ (είδος)	Ποσότητα	Ροή (ml/h)	Ώρα εφαρμογής	Υπογραφή

ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ

Ώρα	ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΡΑΣ	LEVIN	ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ - ΕΜΕΤΟΙ	
	Ποσότητα	Ποσότητα	Ποσότητα	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Προς το Τμήμα:

Παράκληση για εξέταση από ιατρό ειδικότητας:

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Ημερομηνία

Ο παραπέμπων Ιατρός

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Προς το Τμήμα:

Αιτούμενη εξέταση:

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

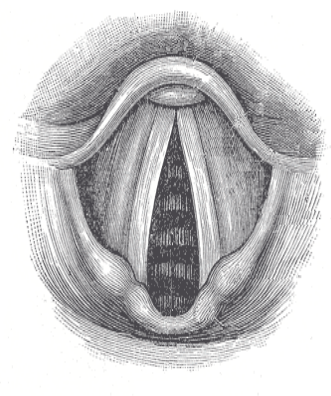
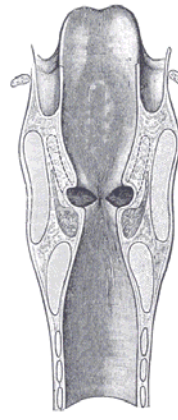
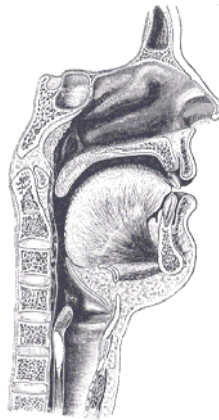
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ	<input type="text"/>
ΩΤΑ: Ωτοσκόπηση Τονοδότες Rinne, Weber Ακοομετρικό διάγραμμα Φωνητική, τονική ακοομετρία Τυμπανομετρία Ηχητικά αντανακλαστικά Προκλητά δυναμικά	<input type="text"/>
ΝΥΣΤΑΓΜΟΣ - δοκιμασίες ηλεκτρονυσταγμογράφημα	<input type="text"/>
ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΥΡΑ Έλεγχος προσωπικού νεύρου Λοιπές εγκεφαλικές συζυγίες	<input type="text"/>
ΡΙΣ - ρινοσκόπηση	<input type="text"/>
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΦΑΡΥΓΓΑΣ	<input type="text"/>
ΛΑΡΥΓΓΑΣ	<input type="text"/>
ΤΡΑΧΗΛΟΣ Θυρεοειδής Τραχηλικοί λεμφαδένες	<input type="text"/>



Ημ/νία:

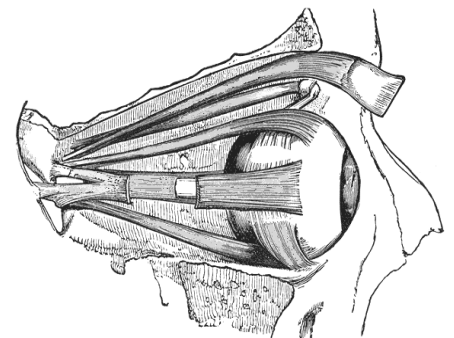
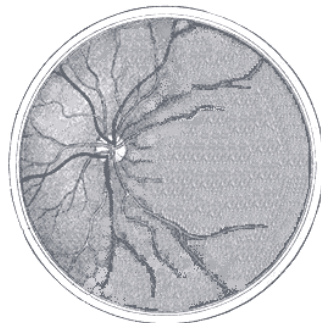
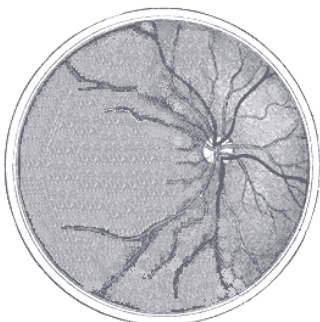
Ο Ιατρός

Αρ. Μητρ. Ασθ.
Θάλαμος: Κλίνη: **ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:			Όνομα:			Πατρώνυμο:			
Διεύθυνση:				Τ.Κ. - Πόλη:				Τηλ.:	
Ηλικία:		Επάγγελμα:			Ασφ. Φορέας:			Αρ. Ασφ. Μητρ.:	

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	
Οπτική οξύτητα	
Τόνος	
Κορικά αντανάκλαστικά	
Οφθαλμοκινητικότητα	
Βλέφαρα-επιπεφυκότες	
Κερατοειδής	
Πρόσθιος θάλαμος	
Ιριδα - κόρη - φακός	
Υαλοειδές	
Βυθός	

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός



Αρ. Μητρ. Ασθ.

Θάλαμος: Κλίνη:

ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

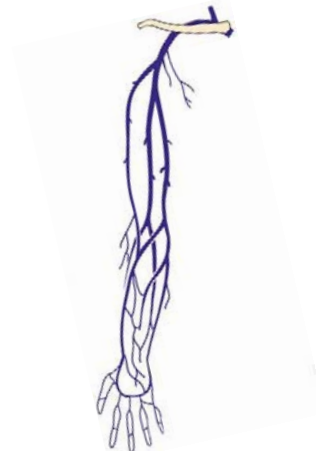
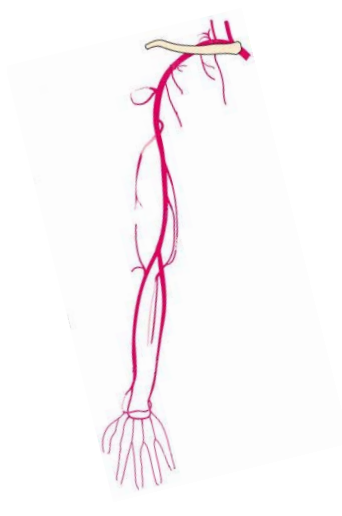
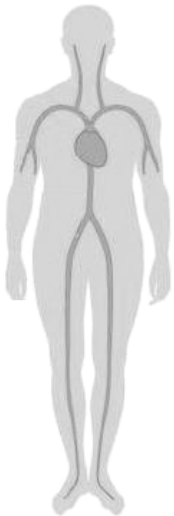
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΓΝΩΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Υπέρταση:	<input type="text"/>	Υπερχοληστερλαιμία:	<input type="text"/>	Σακχαρ. Διαβήτης:	<input type="text"/>
Παχυσαρκία (ΔΜΣ):	<input type="text"/>	Κάπνισμα:	<input type="text"/>	Άλλοι	<input type="text"/>

ΨΗΛΑΦΗΣΗ - ΑΚΡΟΑΣΗ ΑΓΓΕΙΩΝ

	Α	Δ		Α	Δ		Α	Δ
Καρωτίδα	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Μασχαλαία	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Μηριαία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Κοιλιακή αορτή	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Βραχιόνια	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ιγνυακή	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Νεφρική	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Κερκιδική	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Οπίσθια κνημιαία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Ωλένια	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ραχιαία άκρου ποδός	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΦΥΛΛΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΑΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Όνομα συζύγου:	<input type="text"/>	Έγγαμος:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<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. Ασθ.:	<input type="text"/>

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τ.Ε.Ρ.:	<input type="text"/>	Π.Η.Τ.:	<input type="text"/>	Τοκετός:	<input type="text"/>					
HBsAg	<input type="text"/>	HCV	<input type="text"/>	HIV	<input type="text"/>	VDRL/RPR	<input type="text"/>	Σακχ. Διαβήτης:	<input type="text"/>	
Ομάδα αίματος:	<input type="text"/>	Rh μητέρας:	<input type="text"/>	Rh πατέρα:	<input type="text"/>					
Γεν. αίματ:	Ερυθρά:	<input type="text"/>	Hb:	<input type="text"/>	Ht:	<input type="text"/>	Λευκά:	<input type="text"/>	Τύπος:	<input type="text"/>
Ημερ/νία		Fe ορού:	<input type="text"/>	Ηλεκτροφόρηση Hb:	<input type="text"/>					

Ημ/νία Εξέτασης	Μήνας κύησης	Ύψος μήτρας	Σχήμα - προβολή	Παλμοί εμβρύου	Βάρος σώματος	Α.Π.	Γεν. ούρων	



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

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΕΚΘΕΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:				Όνομα:			Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Κλινική:		

ΠΟΡΙΣΜΑ

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αριθμ. Μητρ. Ασφ.:	

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	<input type="checkbox"/>	ERCP	<input type="checkbox"/>	ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ	<input type="checkbox"/>
ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	<input type="checkbox"/>	ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	<input type="checkbox"/>		

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : (βραχύ ιστορικό ,ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση, σκεπτικό)

ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ :	
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ:	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Αναπνευστικά νοσήματα Ενδοκαρδίτιδα – βαλβιδοπάθεια – αρρυθμία – στεφανιαία νόσος – συγγενής καρδιοπάθεια Επιληψία – μυσσθένεια – Χ.Ν.Α. Σακχαρώδης διαβήτης – θυρεοειδοπάθεια – ιστορικό σοβαρής αιμορραγίας Λοιμώδη νοσήματα – HBV – HCV – HIV – άλλα Κύηση - Αλλεργίες	
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : Αντιπηκτικά – ασπιρίνη – αντιαιμοπεταλιακά - μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη - άλλα	
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ : α/α, βαριούχ. υποκλυσμός – υπερηχογραφήματα-αξονικές τομογραφίες – κλπ.	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ :	
Hct: <input type="text"/> Hb: <input type="text"/> MCV: <input type="text"/> WBC: <input type="text"/> PLT: <input type="text"/> σακχ: <input type="text"/> ουρία: <input type="text"/> κρεατ: <input type="text"/> Na: <input type="text"/> K: <input type="text"/> χολερυθρίνη ολ.: <input type="text"/> αμ.: <input type="text"/> SGOT: <input type="text"/> SGPT : <input type="text"/> γ-GT: <input type="text"/> χρόνος προθρομβίνης : <input type="text"/> INR: <input type="text"/> ΑΡΤΤ: <input type="text"/> Ca 19-9: <input type="text"/> CEA <input type="text"/> λοιπά αξιόλογα: <input type="text"/>	

Ημερομηνία:

Ο/Η Ιατρός

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη: **ΕΚΘΕΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:				Όνομα:			Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:			Κλινική:	

ΠΟΡΙΣΜΑ

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός

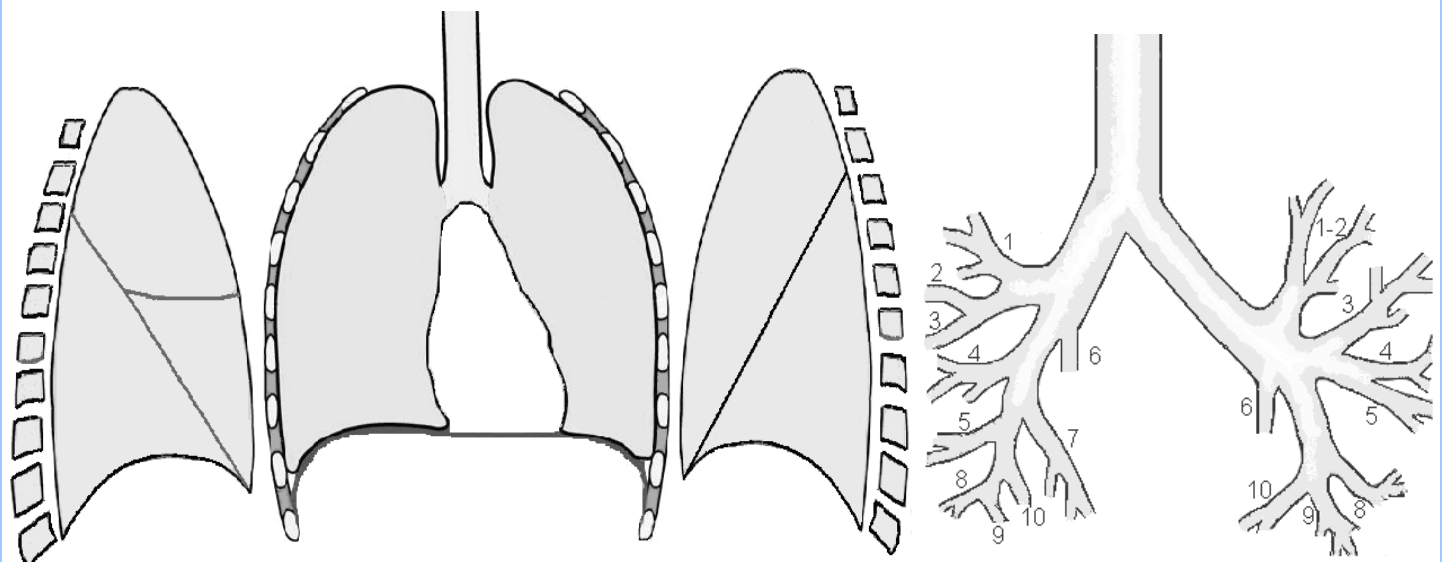
Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΕΚΘΕΣΗ ΒΡΟΧΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:			Όνομα:			Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:		Κλινική:	
Καπνιστής:		Επάγγελμα:		Οικογ. Κατάσταση:			

ΠΟΡΙΣΜΑ

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός



Αρ. Μητρ. Ασφ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>
				Κλινική:	<input type="text"/>

ΠΟΡΙΣΜΑ

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Φ.Τ. (cm)	ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Φ.Τ. (cm)
ΤΔΔ-ΔΚ	<3.0	ΜΚΔτδ	0.6 - 1.1
ΤΔΔ-ΑΚ	3.9 - 5.6	ΟΤΑΚτδ	0.5 - 1.1
ΤΣΔ-ΑΚ	2.5 - 4.5	Διάμετρ. αορτής τδ	2.0 - 3.8
% Κ.Β.	25 - 50%	Αρ. κόλπος τσ	2.0 - 3.8
% Κ.Ε.			

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ:

<input type="text"/>

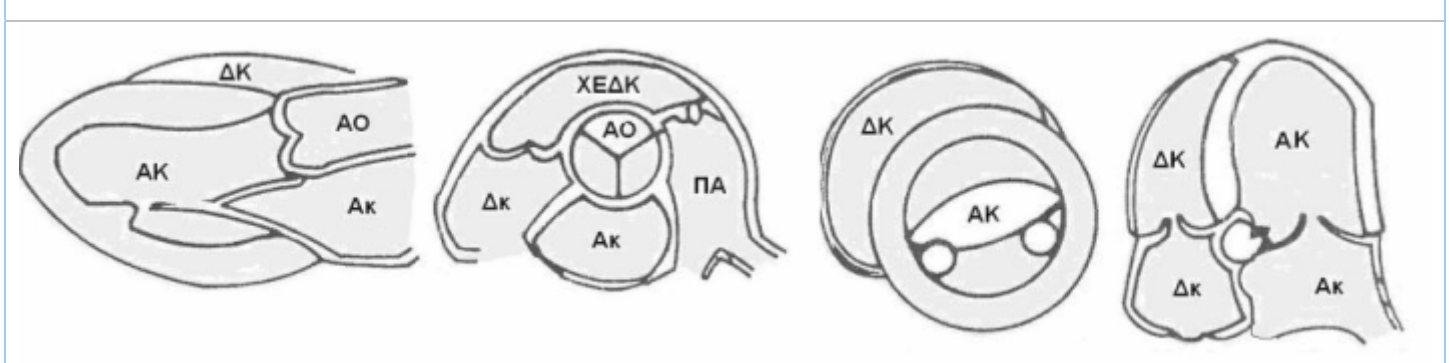
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ DOPPLER

Ευρήματα	Vmax - Vmed	Επιφάνεια (cm ²)	Πίεση
Αορτική βαλβίδα			Συστολική πίεση πνευμονικής mmHg+ΚΦΠ
Μιτροειδής βαλβίδα			Διαστολική πίεση πνευμονικής mmHg+ΚΦΠ
Τργλώχινα βαλβίδα			Συστηματική ροή L/min
Πνευμονική βαλβίδα			Πνευμονική ροή L/min
			Shunt ratio

ΕΡΜΗΝΕΙΑ

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

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΕΓΧΡΩΜΟΥ DOPPLER



ΤΔΔ: Τελοδιαστολική διάμετρος, ΜΚΔ: Μεσοκοιλιακό διάφραγμα, ΟΤΑΚ: Οπίσθιο τοίχωμα αρ. κοιλίας, ΚΒ: Κλάσμα βράχυνσης, ΚΕ: Κλάσμα εξώθησης, ΑΚ: Αριστ. κοιλία, ΔΚ: Δεξιά κοιλία, Ακ: Αριστ. κόλπος, Δκ: Δεξιός κόλπος, ΑΟ: Αορτή, ΧΕΔΚ: Χώρος εξώθησης δεξ. κοιλίας

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΕΚΘΕΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>
				Κλινική:	<input type="text"/>

ΠΟΡΙΣΜΑ

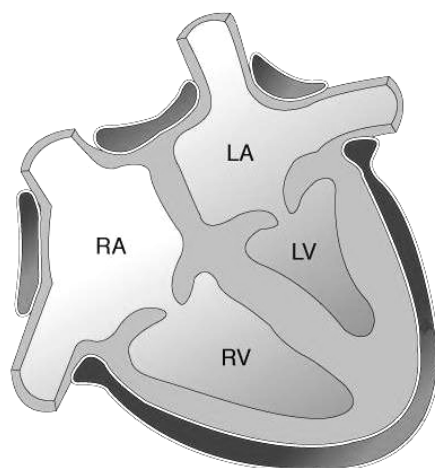
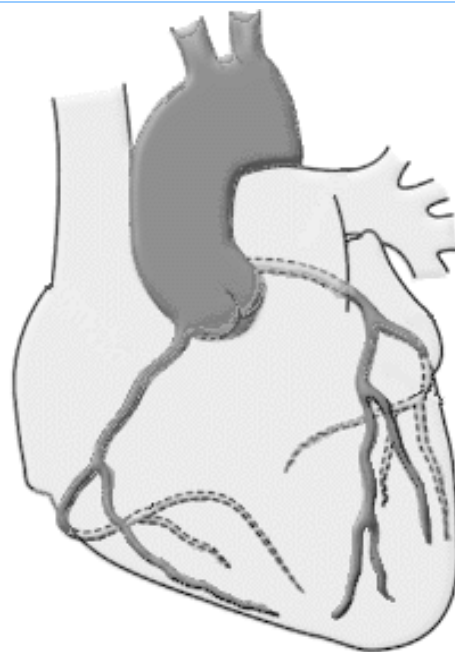
ΕΝΔΕΙΞΗ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ – ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

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

ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ:

ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ:

ΠΙΕΣΕΙΣ	mmHg	SO ₂
Δεξιός κόλπος	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Δεξιά κοιλία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Πνευμονική αρτηρία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Πίεση ενσφήνωσης πνευμ. τριχ. (CAWP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Αριστερή κοιλία	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Αορτή	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός

Αρ. Μητρ. Ασθ:

ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		ΤΚ - Πόλη:		Τηλ.:	
Ηλικία:		Επάγγελμα:		Οικογ. κατάσταση:	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

Ημ/νία επίσκεψης:			
Αιτία εξέτασης:	Έλεγχος:	Άλλη αιτία:	
Τ.Ε.Ρ.:		Π.Η.Τ.:	
Ηλικία κύησης:		Εβδομ. Βάσει Τ.Ε.Ρ.	
Τόκος:		Αριθμός εμβρύων:	

ΠΟΡΙΣΜΑ

Εμβρυϊκός σάκος:	
Όγκος (GSV):	

Σχήμα - προβολή:		Εγκάρσ. διάμ. σάκου (MSD):	
Θέση:		Κεφαλουραίο μήκος (CRL):	
Καρδιακοί παλμοί:		Αμφιβρεγματική διάμ. (BPD):	
Κινήσεις:		Περίμετρος κεφαλής (HC):	
Αναπν. κινήσεις:		Περίμετρος κοιλιάς (AC):	
Φύλο:		Μήκος μηριαίου (FL):	

Αμνιακό υγρό:	
Ποσότητα:	
Πλακούντας:	
Θέση:	
Ωριμότητα:	

Διάγνωση:

Εκτίμηση βάρους εμβρύου:	gr ± 10%	Υπερηχογραφική ηλικία κύησης:	
--------------------------	----------	-------------------------------	--

Παρατηρήσεις:

--

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ:

Ημ/νία: ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ: ΑΙΘΟΥΣΑ: **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ**

Α/Α	ΘΑΛ.	ΚΛΙΝΗ	ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΑΣΘ.	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΒΟΗΘΟΙ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

Η Προϊσταμένη Χειρουργείου

Ο/Η Διευθυντής Αναισθησιολογικού

Ο/Η Διευθυντής Κλινικής

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΜΕΤΑ-ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΝΑΝΗΨΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλ:	
Ηλικία:		Βάρος:			

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Παραλαβή στην ανάνηψη από:

Χρόνος εισόδου:	<input type="text"/>	Χρόνος εξόδου:	<input type="text"/>
Αναισθησία:	Γενική: <input type="text"/>	Ραχιαία: <input type="text"/>	Επισκληρίδιος: <input type="text"/>
			Άλλη περιοχική: <input type="text"/>
Αναισθησιολόγος:	<input type="text"/>	Χειρουργός:	<input type="text"/>
Επέμβαση:	<input type="text"/>		

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

A. Σημαντικές μεταβολές των ζωτικών σημείων: Θερμ/σία:	<input type="text"/>	Αρτ. Πίεση:	<input type="text"/>	Αναπνοές:	<input type="text"/>	Σφύξεις:	<input type="text"/>
B. Άλλες μεταβολές:		CVP:	<input type="text"/>	PAP:	<input type="text"/>	WP:	<input type="text"/>
		SvO ₂ :	<input type="text"/>	SaO ₂ :	<input type="text"/>	EtCO ₂ :	<input type="text"/>
Γ. Χορήγηση υγρών:		Υγρά:	<input type="text"/>	Αίμα:	<input type="text"/>	Πλάσμα:	<input type="text"/>
Δ. Χορήγηση O ₂ :	FIO ₂ : <input type="text"/>	Έναρξη:	Λήξη: <input type="text"/>	Μέθοδος:	<input type="text"/>		
Αναπν. Οδοί, τραχειοστομία κλπ.:							

ΠΟΡΕΙΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ				ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ		
ΩΡΑ:				ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ	ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
CVP				Αίμα:		
Ht				Υγρά:		
K				ΑΠΟΒΟΛΗ ΥΓΡΩΝ		
Na				Έμετος		
Σάκχαρο				Κενώσεις		
SaO ₂				Ούρα		
PaO ₂				Γαστρ. αναρρόφ.		
PaCO ₂				Παροχ. θώρακα		
PH				Παροχ. τραύματος		

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΩΡΑ:	ΩΡΑ	ΦΑΡΜΑΚΟ, ΔΟΣΗ, ΟΔΟΣ	Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ	Η ΑΔΕΛΦΗ
42				
41				
40				
39				
38				
37				
36				
35				
34				

ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ

Έξοδος από την Ανάνηψη:	Μεταφορά σε θάλαμο:	Μεταφορά στη ΜΕΘ:	Άλλο:
Ημ/νία εξόδου:	Ώρα:		Ο/Η Ιατρός



Αρ Μητρ. Ασθ:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Παραπέμπουσα κλινική:	<input type="text"/>				
Συνοδός Ιατρός:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Όνοματεπώνυμο:	<input type="text"/>	
Συνοδός συγγενής:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Όνοματεπώνυμο:	<input type="text"/>	
Τρόπος προσέλευσης ασθενούς:					
<input type="checkbox"/> Περιπατητικός	<input type="checkbox"/> Ιδιωτικό μέσο	<input type="checkbox"/> ΕΚΑΒ	<input type="checkbox"/> Εσωτερικός ασθενής		
Αναισθησιολόγοι:	<input type="text"/>				
Τμήμα όπου εκτελείται η αναισθησιολογική πράξη:	<input type="text"/>				
<small>(αξονικός, μαγνήτης, ανδοσκοπήσεις, ΕΙ, ΤΕΠ, Κλινική, κλπ)</small>					
Σκοπός αναισθησιολογικής κάλυψης:					
<input type="checkbox"/> Μαγνητική	<input type="checkbox"/> Αξονική	<input type="checkbox"/> Αγγειογραφία	<input type="checkbox"/> Ηλεκτρική ανάταξη	<input type="checkbox"/> Λιθοτριψία	<input type="checkbox"/> Διασωλήνωση
<input type="checkbox"/> Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση	<input type="checkbox"/> Ενδοσκόπηση:	Αναφέρατε το είδος:		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Βρογχοσκόπηση	<input type="checkbox"/> Υπαραχνοειδής έγχυση κυτταροστατικών			<input type="checkbox"/> Μετεγχειρητική αναλγησία	
<input type="checkbox"/> Μεταφορά ασθενούς εντός Νοσ.	<input type="checkbox"/> Μεταφορά ασθενούς εκτός Νοσοκομείου				
<input type="checkbox"/> Προεγχειρητική αξιολόγηση στα ΕΙ	<input type="checkbox"/> Προεγχ. αξιολόγηση στο τμήμα			<input type="checkbox"/> Διάφορα	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΚΛΙΝ. ΕΞΕΤΑΣΗ	
Ιστορικό αναισθησίας	<input type="text"/>
Ιατρικό ιστορικό	<input type="text"/>
Κλινική εξέταση	<input type="text"/>
Εργαστηριακά	<input type="text"/>
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Σε τι; <input type="text"/>	
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΞΥΓΟΝΟΥ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Λοιπές παρατηρήσεις: <input type="text"/>	

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Ώρα έναρξης: Ώρα λήξης:

ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ:

ΦΑΡΜΑΚΑ:

ΩΡΑ																								
ΑΠ	240																							
Υ	220																							
Α	200																							
	180																							
	160																							
	140																							
ΚΣ	120																							
	100																							
	80																							
	60																							
ΑΝΑΠΝ	40																							
	20																							
	0																							
ΘΕΡΜ																								
SpO ₂																								

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

Ημ/νία:
Αρ. Πρωτ:

ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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 ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:					

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ:

αρνήθηκα να υποβληθώ στις διαγνωστικές εξετάσεις ή τη θεραπευτική αγωγή

που μου συστήθηκε, παρά την αντίθετη σύσταση των θεραπόντων ιατρών και της Διοίκησης του Νοσοκομείου και παρόλο που μου εξηγήθηκαν οι κίνδυνοι από την παραπάνω άρνησή μου.

Για τον λόγο αυτόν εξέρχομαι με δική μου ευθύνη του Νοσοκομείου (υπογραφή)ή επιθυμώ τη συνέχιση της θεραπείας μου σύμφωνα με τις περαιτέρω υποδείξεις των γιατρών (υπογραφή)Ακόμα, απαλλάσσω κάθε ευθύνης τους θεράποντες ιατρούς μου και τους συνεργάτες τους για τις τυχόν συνέπειες της άρνησής μου να συμμορφωθώ στις συστάσεις τους. (υπογραφή)

Μάρτυρας/ες

Υπογραφή ασθενή,
συζύγου ή άλλου συγγενή

Συγγένεια

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



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

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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 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, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

Ιατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
- Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιοδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
- Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
- Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
- Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Τρόπος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)

- (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.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή



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

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 :

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Χειρουργός

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Ανασθησιολόγος

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
- 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.
- 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

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

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 ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ, Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο ιατρού

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της στεφανιογραφίας και σε κάθε ενέργεια οποια κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
- Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, ήπια καταστολή ή κάποιοι είδους αναισθησία.
- Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος, κατά την κρίση των ιατρών.
- Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της εξέτασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγκαιότητα - σκοπός: Στεφανιογραφία είναι η ακτινολογική απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, η οποία γίνεται, για να ελεγχθεί η κατάσταση των στεφανιαίων αγγείων, οι πιθανές στενώσεις που παρουσιάζουν, η θέση τους, η σοβαρότητά τους κλπ. Οι πληροφορίες αυτές δεν μπορούν να συγκεντρωθούν από καμία άλλη εξέταση. Το όφελος από τη στεφανιογραφία είναι ότι μας επιτρέπει να καθορίσουμε την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (φάρμακα, αγγειοπλαστική, by pass).

Τρόπος διενέργειας: Η στεφανιογραφία γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού καθετήρα (σωλήνα) διαμέτρου 2-3 χιλιοστών, μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά. Από τον καθετήρα αυτό εισάγεται στα στεφανιαία αγγεία σκιαγραφική ουσία, με την οποία απεικονίζονται τα αγγεία.

Πιθανές επιπλοκές από τον καθετηριασμό: Η στεφανιογραφία είναι πλέον μια εξέταση ρουτίνας, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

- Αιφνίδιος θάνατος.
- Έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- Εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία.
- Αλλεργικές αντιδράσεις από το σκιαγραφικό.

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι ο κίνδυνος για τις επιπλοκές αυτές είναι εξαιρετικά πιο μικρός από τον κίνδυνο που κρύβει η έλλειψη διάγνωσης. Οι κίνδυνοι πηγάζουν από την πάθηση και όχι από τη στεφανιογραφία.

Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία: Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι:

- Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.
- Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την αναισθησία.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συγγενή
που δίνει τη συγκατάθεση

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

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 ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ, Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο ιατρού

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της στεφανιογραφίας και σε κάθε ενέργεια οποια κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
- Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, ήπια καταστολή ή κάποιο είδος αναισθησία.
- Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος, κατά την κρίση των ιατρών.
- Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της εξέτασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγκαιότητα - σκοπός: Στεφανιογραφία είναι η ακτινολογική απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, η οποία γίνεται, για να ελεγχθεί η κατάσταση των στεφανιαίων αγγείων, οι πιθανές στενώσεις που παρουσιάζουν, η θέση τους, η σοβαρότητά τους κλπ. Οι πληροφορίες αυτές δεν μπορούν να συγκεντρωθούν από καμία άλλη εξέταση. Το όφελος από τη στεφανιογραφία είναι ότι μας επιτρέπει να καθορίσουμε την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (φάρμακα, αγγειοπλαστική, by pass).

Τρόπος διενέργειας: Η στεφανιογραφία γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού καθετήρα (σωλήνα) διαμέτρου 2-3 χιλιοστών, μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά. Από τον καθετήρα αυτό εισάγεται στα στεφανιαία αγγεία σκιαγραφική ουσία, με την οποία απεικονίζονται τα αγγεία.

Πιθανές επιπλοκές από τον καθετηριασμό: Η στεφανιογραφία είναι πλέον μια εξέταση ρουτίνας, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

- Θάνατος, σε ποσοστό μέχρι 1 τοις χιλίσις.
- Έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι 3 τοις χιλίσις.
- Εγκεφαλικό επεισόδιο, μέχρι 6 τοις χιλίσις.
- Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία, περίπου 4 τοις χιλίσις.
- Αλλεργικές αντιδράσεις από το σκιαγραφικό.

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι ο κίνδυνος για τις επιπλοκές αυτές είναι εξαιρετικά πιο μικρός από τον κίνδυνο που κρύβει η έλλειψη διάγνωσης. Οι κίνδυνοι πηγάζουν από την πάθηση και όχι από τη στεφανιογραφία.

Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία: Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι:

- Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.
- Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την αναισθησία.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συγγενή
που δίνει τη συγκατάθεση

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

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 μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού: Όνοματεπώνυμο ιατρού:

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
- Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
- Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος ή προϊόντων του αίματος, κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
- Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Αναγκαιότητα - σκοπός: Η αγγειοπλαστική είναι μια θεραπευτική επέμβαση, με την οποία επιδιώκεται η διάνοιξη των στενώσεων που παρουσιάζουν τα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς. Το όφελος από την αγγειοπλαστική είναι ότι μας προσφέρει θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς να χρειασθεί να γίνει εγχείρηση της καρδιάς.

Τρόπος διενέργειας: Η αγγειοπλαστική γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού σωλήνα (θηκάρι) μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά, μέσα από τον οποίο στη συνέχεια προωθούνται οι καθετήρες στην καρδιά. Όταν προωθηθεί προς το στενωμένο αγγείο ο καθετήρας – μπαλόνι, φουσκώνει το μπαλόνι πάνω στη στένωση. Τη στιγμή εκείνη είναι δυνατόν να αισθανθείτε ένα πόνο, ο οποίος υποχωρεί μόλις ξεφουσκώσει το μπαλόνι.

Πιθανές επιπλοκές από την εξέταση: Η αγγειοπλαστική είναι πλέον μια συνηθισμένη πράξη, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

- Αιφνίδιος θάνατος.
- Έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- Εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία.

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι η πιθανότητα για τις επιπλοκές αυτές είναι πολύ πιο μικρή από το θεραπευτικό όφελος που επιτυγχάνεται.

Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία: Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι: 1. Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.
2. Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
3. Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την τοπική αναισθησία.

Ημ/νία: Υπογραφή ασθενή Υπογραφή συγγενή
που δίνει τη συγκατάθεση

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

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 μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού: Όνοματεπώνυμο ιατρού:

- Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
- Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
- Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος ή προϊόντων του αίματος, κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
- Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Αναγκαιότητα - σκοπός: Η αγγειοπλαστική είναι μια θεραπευτική επέμβαση, με την οποία επιδιώκεται η διάνοιξη των στενώσεων που παρουσιάζουν τα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς. Το όφελος από την αγγειοπλαστική είναι ότι μας προσφέρει θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς να χρειασθεί να γίνει εγχείρηση της καρδιάς.

Τρόπος διενέργειας: Η αγγειοπλαστική γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού σωλήνα (θηκάρι) μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά, μέσα από τον οποίο στη συνέχεια προωθούνται οι καθετήρες στην καρδιά. Όταν προωθηθεί προς το στενωμένο αγγείο ο καθετήρας – μπαλόνι, φουσκώνει το μπαλόνι πάνω στη στένωση. Τη στιγμή εκείνη είναι δυνατόν να αισθανθείτε ένα πόνο, ο οποίος υποχωρεί μόλις ξεφουσκώσει το μπαλόνι.

Πιθανές επιπλοκές από την εξέταση: Η αγγειοπλαστική είναι πλέον μια συνηθισμένη πράξη, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

- Θάνατος, σε ποσοστό μέχρι 1 τοις εκατό.
- Έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι 2 τοις εκατό.
- Εγκεφαλικό επεισόδιο, μέχρι 6 τοις χιλίοις.
- Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία
- .

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι η πιθανότητα για τις επιπλοκές αυτές είναι πολύ πιο μικρή από το θεραπευτικό όφελος που επιτυγχάνεται.

Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία: Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι:

- Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.
- Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την τοπική αναισθησία.

Ημ/νία: Υπογραφή ασθενή Υπογραφή συγγενή
που δίνει τη συγκατάθεση

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟ ΚΑΡΔΙΑΣ

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 ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες του συνιστώμενου από τους θεράποντες ιατρούς καθετηριασμού της καρδιάς, ο οποίος γίνεται με σκοπό

Στεφανιογραφία Αγγειοπλαστική Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη καρδιάς

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια του καθετηριασμού και σε κάθε ενέργεια οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτού.
2. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, ήπια καταστολή ή κάποιοι είδους αναισθησία.
3. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος, κατά την κρίση των ιατρών.
4. Να ληφθεί, εφόσον απαιτηθεί, δείγμα ιστών του μυοκαρδίου για εξέταση.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της εξέτασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Αναγκαιότητα - σκοπός: Ο καθετηριασμός της καρδιάς γίνεται είτε για λόγους διαγνωστικούς είτε θεραπευτικούς. Η συνήθης διαγνωστική εξέταση είναι η στεφανιογραφία, που είναι η ακτινολογική απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, η οποία γίνεται, για να ελεγχθεί η κατάσταση των στεφανιαίων αγγείων, οι πιθανές στενώσεις, η θέση τους, η σοβαρότητά τους κλπ, με σκοπό να καθορίσουμε την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (φάρμακα, αγγειοπλαστική, by pass). Άλλη διαγνωστική εξέταση είναι η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη της καρδιάς, με την οποία ελέγχεται η λειτουργία των κέντρων που δίνουν τον καρδιακό ρυθμό. Η αγγειοπλαστική (μπαλονάκι) είναι μια θεραπευτική επέμβαση, με την οποία επιδιώκεται η διάνοιξη των στενώσεων που παρουσιάζουν τα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς, χωρίς να χρειασθεί να γίνει εγχείρηση της καρδιάς.

Τρόπος διενέργειας: Ο καθετηριασμός της καρδιάς γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού καθετήρα (σωλήνα) διαμέτρου 2-3 χιλιοστών, μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά. Στην αγγειοπλαστική, εισάγεται πρώτα ένας λεπτός σωλήνας (θηκάρι) και μέσα από αυτός προωθούνται προς την καρδιά οι καθετήρες. Μόλις ο καθετήρας – μπαλονάκι φτάσει στο σημείο της στένωσης, φουσκώνει το μπαλονάκι και γίνεται διάνοιξη της στένωσης.

Πιθανές επιπλοκές από τον καθετηριασμό: Ο καθετηριασμός της καρδιάς είναι πλέον μια πράξη ρουτίνας, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

1. Αιφνίδιος θάνατος.
2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου.
3. Εγκεφαλικό επεισόδιο.
4. Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία.
5. Αλλεργικές αντιδράσεις από το σκιαγραφικό (στη στεφανιογραφία).

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι ο κίνδυνος για τις επιπλοκές αυτές είναι εξαιρετικά πιο μικρός από τον κίνδυνο που κρύβει η έλλειψη διάγνωσης ή από το όφελος από την αγγειοπλαστική. Οι κίνδυνοι πηγάζουν από την πάθηση και όχι από τον καθετηριασμό.

Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία: Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι:

1. Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.
2. Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος (αν χρειασθεί).
3. Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νευρών ή λοιμώξεις από την αναισθησία.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συγγενή

Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟ ΚΑΡΔΙΑΣ

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="checkbox"/>	Συγγενής:	<input type="checkbox"/>	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 μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες του συνιστώμενου από τους θεράποντες ιατρούς καθετηριασμού της καρδιάς, ο οποίος γίνεται με σκοπό

Στεφανιογραφία Αγγειοπλαστική Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη καρδιάς

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο ιατρού

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια του καθετηριασμού και σε κάθε ενέργεια οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτού.
2. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, ήπια καταστολή ή κάποιοι είδους αναισθησία.
3. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος, κατά την κρίση των ιατρών.
4. Να ληφθεί, εφόσον απαιτηθεί, δείγμα ιστών του μυοκαρδίου για εξέταση.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της εξέτασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Αναγκαιότητα - σκοπός: Ο καθετηριασμός της καρδιάς γίνεται είτε για λόγους διαγνωστικούς είτε θεραπευτικούς. Η συνήθης διαγνωστική εξέταση είναι η στεφανιογραφία, που είναι η ακτινολογική απεικόνιση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, η οποία γίνεται, για να ελεγχθεί η κατάσταση των στεφανιαίων αγγείων, οι πιθανές στενώσεις, η θέση τους, η σοβαρότητά τους κλπ, με σκοπό να καθορίσουμε την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (φάρμακα, αγγειοπλαστική, by pass). Άλλη διαγνωστική εξέταση είναι η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη της καρδιάς, με την οποία ελέγχεται η λειτουργία των κέντρων που δίνουν τον καρδιακό ρυθμό. Η αγγειοπλαστική (μπαλονάκι) είναι μια θεραπευτική επέμβαση, με την οποία επιδιώκεται η διάνοιξη των στενώσεων που παρουσιάζουν τα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς, χωρίς να χρειασθεί να γίνει εγχείρηση της καρδιάς.

Τρόπος διενέργειας: Ο καθετηριασμός της καρδιάς γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού καθετήρα (σωλήνα) διαμέτρου 2-3 χιλιοστών, μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά. Στην αγγειοπλαστική, εισάγεται πρώτα ένας λεπτός σωλήνας (θηκάρι) και μέσα από αυτός προωθούνται προς την καρδιά οι καθετήρες. Μόλις ο καθετήρας – μπαλονάκι φτάσει στο σημείο της στένωσης, φουσκώνει το μπαλονάκι και γίνεται διάνοιξη της στένωσης.

Πιθανές επιπλοκές από τον καθετηριασμό: Ο καθετηριασμός της καρδιάς είναι πλέον μια πράξη ρουτίνας, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

1. Θάνατος, σε ποσοστό μέχρι 1 τοις χιλίους στη στεφανιογραφία, ή μέχρι 1 τοις εκατό στην αγγειοπλαστική.
2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι 3 τοις χιλίους στη στεφανιογραφία, ή μέχρι 2 τοις εκατό στην αγγειοπλαστική.
3. Εγκεφαλικό επεισόδιο, μέχρι 6 τοις χιλίους.
4. Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία.
5. Αλλεργικές αντιδράσεις από το σκιαγραφικό (στη στεφανιογραφία).

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι ο κίνδυνος για τις επιπλοκές αυτές είναι εξαιρετικά πιο μικρός από τον κίνδυνο που κρύβει η έλλειψη διάγνωσης ή από το όφελος από την αγγειοπλαστική. Οι κίνδυνοι πηγάζουν από την πάθηση και όχι από τον καθετηριασμό.

Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία: Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι:

1. Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.
2. Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
3. Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την αναισθησία.

Ημ/νία: Υπογραφή ασθενή Υπογραφή συγγενή



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Δ.Υ.ΠΕ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τμήμα/Κλινική: Διευθυντής:

14

471

Αρ. Μητρ. Ασθ.: Ομάδα Αίματος Rh: HBsAg: **ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

Το ενημερωτικό σημείωμα να το έχετε μαζί σας κάθε φορά που θα επισκέπτεστε τον ιατρό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Ηλικία:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Ημ/νία Εισόδου:	<input type="text"/>	Ημ/νία Εξόδου:	<input type="text"/>		

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

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

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματοκρίτης	Πολ.	ΔΕΚ
Λευκά	Λεμφ.	
Αιμοπετάλια	Μον.	
ΤΚΕ	Ηωσ.	
Αιμοσφαιρίνη		

Σάκχαρο	SGOT	
Ουρία	SGPT	
Κρεατινίνη	γ - GT	
K	Αλκαλ. Φωσφατ.	
Na	CPK	
Ca	LDH	
Χολερυθρίνη ολ.		
Χολερυθρίνη αμ.		

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

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

Λοιπές εξετάσεις (καρδιολογικές, ενδοσκοπικές, ιστολογικές, πυρηνικής ιατρικής κλπ)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Ο/Η Διευθυντής

Ο/Η Επιμελητής

Ο/Η Βοηθός

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι εκθέσεις ειδικών εξετάσεων μπορούν να επισυνάπτονται ή να καταγράφονται στη πίσω όψη του παρόντος.

Το ΛΕΥΚΟ αντίγραφο στον ασθενή - το ΓΛΑΥΣΙΟ στον ιατρικό φάκελο



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

Ημ/νία: Αρ. Πρωτ: **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ****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 υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

- στην κλινική από έως
- στην κλινική από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

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

Υπεβλήθη σε

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

Αγωγή – Οδηγίες

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

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

<input type="text"/>

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός



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

14

473

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"/>
(κωδικός)	
<input type="text"/>	<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



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

14

474

Ημ/νία: Αρ. Μητρ. Ασθ.: **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΑ *****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η Θεράπων Ιατρός :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	κωδικός
Ο/Η Διευθυντής της Κλινικής :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	κωδικός

ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:

Ο/Η ανωτέρω ασθενής που νοσηλεύεται στην Κλινική μου από έχει ανάγκη αποκλειστικής/ου νοσοκόμας/ου για τις νυκτερινές ώρες και συγκεκριμένα για τις νύκτες από μέχρι γιατί πάσχει από

Και για το λόγο αυτό διατρέχει άμεσο κίνδυνο η ζωή του/της.

Ο Διευθυντής της Κλινικής

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ

Εγκρίνεται η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας για νύκτες από έως

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

ΟΔΗΓΙΕΣ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ :

- Απαιτείται η προέγκριση από τον ελεγκτή ιατρό (για το ΙΚΑ) εντός 3 (τριών) ημερών από την ημέρα που θα απασχοληθεί αποκλειστική νοσοκόμα (νύκτα). Η δαπάνη δεν αναγνωρίζεται αν δεν τηρηθεί η προθεσμία των τριών ημερών (άρθρο Γ99/1/88).
- Αποκλειστική/ος νοσοκόμα/μος νύκτας δικαιολογείται μόνο για οξεία και εξαιρετικά περιστατικά και όχι για περιστατικά χρόνιων παθήσεων.
- Για τις συνδιαλλαγές σας με τον ασφαλιστικό φορέα είναι απαραίτητο το βιβλιάριο ασθενείας.

Ημ/νία: Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Κάτοικος:	<input type="text"/>	Ασφαλιστικός Φορέας:	<input type="text"/>		

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι στον/στηνυπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενή, ο οποίος πάσχει από τοποθετήθηκε σήμερα μόνιμος καρδιακός ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ με τα παρακάτω στοιχεία:

1. Τύπος Βηματοδότη Εγγύηση
2. Οίκος Κατασκευής
3. Αριθμός Βηματοδότη
4. Τύπος Ηλεκτροδίου
5. Υποκλείδιος εισαγωγέας
6. Λοιπά

Ο/Η Ιατρός



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

15

481

Ημ/νία: Αρ. Πρωτ.:

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

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



ΑΔΑ: 94Μ8469Η2Ο-4Ω2
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

15
482

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

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

Αρ. Μητρ. Ασθ. Αρ. Θαλ: Κλίνη:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Θρήσκευμα:	<input type="text"/>
Υπηκοότητα:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>
Στοιχεία πλησιέστερου συγγενούς:	Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	
	Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>	

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημ/νία εισόδου:	<input type="text"/>	Ώρα παραλαβής:	<input type="text"/>
Είδος εισαγωγής:	Τακτική: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα: <input type="checkbox"/>	
Τρόπος μεταφοράς:	Περιπατητικός: <input type="checkbox"/>	Τροχήλατη καρέκλα: <input type="checkbox"/>	Φορείο: <input type="checkbox"/>
Συνοδεύεται από:	Οικογένεια: <input type="checkbox"/>	Φίλος: <input type="checkbox"/>	Άλλο άτομο: <input type="text"/>
Τις πληροφορίες δίνει:	Ο Ασθενής: <input type="checkbox"/>	Μέλος οικογένειας: <input type="checkbox"/>	Άλλο άτομο: <input type="text"/>

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Αλλεργίες:	<input type="text"/>
Λοιμώδη νοσήματα:	<input type="text"/>

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο - Αιτία εισαγωγής

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

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πατέρας - μητέρα:	<input type="text"/>
Αδέρφια:	<input type="text"/>
Σύζυγος-τέκνα:	<input type="text"/>

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πιθανή διάγνωση εισόδου:

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

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

Ζωτικά σημεία:	Αρτ. πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θ (°C):	Αναπνοές (/min):
	Ύψος:	Βάρος:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ**

Ομιλία: Καλή: Βράγχος: Δεν μπορεί να μιλήσει: Ομιλεί ξένη γλώσσα:
Ακοή: Καλή: Βαρηκοΐα: Ακουστικά: Κώφωση:
Όραση: Καλή: Γυαλιά: Φακοί επαφής: Τύφλωση: Διπλωπία:
 Καταρράκτης: Γλαύκωμα:

Παρατηρήσεις:

ΔΕΡΜΑ

Φυσιολογικό: Ωχρο: Κυανωτικό: Ικτερικό: Ξηρό:
 Εξάνθημα: Έλκη: Εκδορές: Κατακλίσεις:

Παρατηρήσεις:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Αναπνοή: Κανονική: Δύσπνοια: Πόνος:
Βήχας: Δεν βήχει: Με απόχρεμψη: Χωρίς απόχρεμψη:

Παρατηρήσεις:

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ:

Καρδιακός ρυθμός: Ρυθμικός: Άρρυθμος:
 Υπέρταση: Αίσθημα παλμών: Οιδήματα: Φλεβίτιδα: Αναιμία:

Παρατηρήσεις:

ΠΕΠΤΙΚΟ

Δίαιτα: Ελεύθερη: Ειδική: Είδος:
Όρεξη: Καλή: Ανορεξία: Δυσκολία στη μάσηση:
Διαταραχές πεπτικού: Ναυτία: Έμετος: Δυσπεψία: Δυσκολία στη κατάποση: Οδοντοστοιχία:
Παχύ έντερο: Κένωση εντέρου: Φυσιολογική: Δυσκοιλιότητα: Διάρροια: Μέλαινα κένωση:
 Αιμορροΐδες: Διάταση κοιλίας: Κολοστομία:

Παρατηρήσεις:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Συχνουρία: Δυσουρία: Αιματουρία: Καύσος: Νυκτουρία: Ολιγουρία: Κνησμός:
 Υπερτροφία προστάτη: Καθετήρας: Είδος: Νο:

Παρατηρήσεις:

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Αυτοεξυπηρέτηση: Χρειάζεται βοήθεια: Στην ατομική υγιεινή: Στο ντύσιμο: Στην έγερση:
Βάδιση: Κανονική: Με πατερίτσες: Με περιπατητή: Με μπαστούνι: Δε μπορεί να μετακινηθεί:
 Αρθρίτιδα: Ιστορικό κατάγματος: Αν ναι, που; Πόνος: Αν ναι, που;

Παρατηρήσεις:

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΣακχαρώδης διαβήτης: Υπερθυρεοειδισμός: Υποθυρεοειδισμός:

Παρατηρήσεις:

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΑισιόδοξος: Ανήσυχος: Φοβισμένος: Απομονωμένος: Ενήμερος για τη νόσο: Αγνοεί τη σοβαρότητα της νόσου: Φόβος θανάτου: Επικοινωνία: Προφορική: Γραπτή: Με νοήματα: Καμία:

Παρατηρήσεις:

ΝΕΥΡΙΚΟΗμιπληγία: Παράλυση: Επιληπτικές κρίσεις: Λιποθυμία: Τοπική αδυναμία: Μούδιασμα: Τρόμος: Κεφαλαλγία: Επίπεδο συνείδησης: Προσανατολισμένος (τόπο - χρόνο - πρόσωπα) Κώμα:

Παρατηρήσεις:

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ (Συμπληρώνεται μόνο εάν απαιτείται)

		ΒΑΘΜΟΙ
ΑΝΟΙΓΜΑ ΟΦΘΑΛΜΩΝ <small>(Καταγράψτε Κ αντί βαθμών εάν οι οφθαλμοί είναι κλειστοί από οίδημα)</small>	Αυθόρμητο	4
	Στην ομιλία	3
	Στον πόνο	2
	Δεν τα ανοίγει	1
ΑΡΙΣΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ <small>(Καταγράψτε Ε αντί βαθμών εάν στον ασθενή έχει τοποθετηθεί ενδοτράχειος σωλήνας ή Τ εάν έχει τοποθετηθεί σωλήνας τραχειοστομίας)</small>	Προσανατολισμένος	5
	Συγχητικός	4
	Ακατάληπτες λέξεις	3
	Ακατανόητοι ήχοι	2
	Καμία λεκτική αντίδραση	1
ΑΡΙΣΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ <small>(σε επώδυνο ερέθισμα)</small>	Εκτελεί παραγγελίες	6
	Εντοπίζει το επώδυνο ερέθισμα και αντιδρά	5
	Αποσύρει τα άκρα	4
	Κάμπει παθολογικά	3
	Εκτείνει παθολογικά	2
	Καμία αντίδραση	1
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ		

Κόρες – Αντίδραση στο φως (Συμπληρώνεται μόνο εάν απαιτείται)

Μέγεθος κόρης:		Αντίδραση στο φως:	(+) Αντιδρά (-) Δεν αντιδρά Κ: Μάτια κλειστά από οίδημα
	2 3 4 5 6 7 8 9		
Δεξιά κόρη:		Αριστερή κόρη:	

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Κάπνισμα: Όχι Ναι Αριθμός τσιγάρων /24ωρο:

Χρήση οινόπνεύματος: Όχι Ναι Είδος/ποσότητα:

Άλλες συνήθειες:

Υπνος (Ώρες ανά 24ωρο):

Ενδιαφέροντα: Διάβασμα: Ραδιόφωνο: Τηλεόραση: Άλλα:

Ζει μόνος: Ζει με την οικογένεια του: Άλλο:

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Διαζευγμένος: Αριθμός τέκνων:

Σχέση με την οικογένεια: Υποστηρικτική: Αδιάφορη:

Οικονομική κατάσταση: Καλή: Μέτρια: Κακή:

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ

Α/Α	Είδος	Δόση	Τελευταία λήψη

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (Καταγράψτε και αιτιολογήστε τα νοσηλευτικά προβλήματα)

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τομείς αγωγής υγείας – ανάγκες εκπαίδευσης του ασθενή:

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

(ονοματεπώνυμο – υπογραφή)



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

Ν1

503

Αρ. Μητρ. Νοσ.

Αρ. Θαλ:

Κλίνη:

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημ/νία εισόδου: Ημ/νία εξόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

A/A	ΗΜ/ΝΙΑ-ΩΡΑ ΟΔΗΓΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ Όνοματεπώνυμο/Σφραγίδα – Υπογραφή Ιατρού	ΗΜ/ΝΙΑ-ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ *

Αρ. Μητρ. Ασφ: Αρ. Θαλ: Κλίνη:

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο: Ημ/νία εισόδου: Ημ/νία εξόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΩΡΑ	ΜΗΝΑΣ :	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ												ΕΤΟΣ :

		Υπονοσηλή Νοσηλεύτη																		
Όνομασία																				
Δόση																				
Οδός χορήγησης																				
Όνομασία																				
Δόση																				
Οδός χορήγησης																				
Όνομασία																				
Δόση																				
Οδός χορήγησης																				
Όνομασία																				
Δόση																				
Οδός χορήγησης																				
Όνομασία																				
Δόση																				
Οδός χορήγησης																				
Όνομασία																				
Δόση																				
Οδός χορήγησης																				

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΩΡΑ	ΜΗΝΑΣ :							ΕΤΟΣ :						
		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ													
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															
Όνομασία															
Δόση															
Οδός χορήγησης															

Αρ. Μητρ. Ασθ: Αρ. Θαλ: Κλίνη:

ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:																		
ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:																		
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ:																		
Α.Π.	ΑΝ	ΣΦ	Θ	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9
300	35	160	41															
250	30	140	40															
200	25	120	39															
150	20	100	38															
100	15	80	37															
50	10	60	36															

ΤΡΙΩΡΕΣ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

ΗΜ/ΝΙΑ:							
ΩΡΑ:							
06:00							
09:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
00:00							
03:00							
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:							
ΚΕΝΩΣΕΙΣ:							

Αρ. Μητρ. Ασθ: Αρ. Θαλ: Κλίνη: **ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο: Ημ/νία Εισόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Φλεβοκαθετήρας Νο _____	<input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Ημ/νία τοποθ.:	Άλλη φλεβική γραμμή	Είδος :
Φλεβοκαθετήρας Νο _____	<input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Ημ/νία τοποθ.:		<input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Ημ/νία τοποθ.:

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ

Είδος - Θέση : _____	Είδος - Θέση : _____	Είδος - Θέση : _____
Ημ/νία τοποθ.:	Ημ/νία τοποθ.:	Ημ/νία τοποθ.:

ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΗΡΑΣ:

Είδος : _____ Νο _____

Ημ/νία τοποθ. :

LEVIN:Νο _____ Σίτιση Παροχ/ση

Ημ/νία τοποθ. :

ΗΜΕΡ.	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ *						ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ *		
	Ενδοφλεβίως				Εντερικώς		Είδος	Ποσό (ml)	Υπογρ
	Είδος	Ποσό (ml)	Ροή (ml/h)	Ώρα εφαρμ	Υπογρ	Είδος			

* Στο τέλος κάθε 24ωρου αναγράφεται το συνολικό ποσό

ΗΜΕΡ.	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ *							ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ *		
	Ενδοφλεβίως				Εντερικώς			Είδος	Ποσό (ml)	Υπογγ
	Είδος	Ποσό (ml)	Ροή (ml/h)	Ώρα εφαρμ	Υπογγ	Είδος	Ποσό (ml)			

* Στο τέλος κάθε 24ωρου αναγράφεται το συνολικό ποσό

Αρ. Μητρ. Ασθ: Αρ. Θαλ: Κλίνη:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				
Ηλικία:	<input type="text"/>	Συνοδές παθήσεις:	<input type="text"/>		
Ημ/νία εισαγωγής:	<input type="text"/>	Ημ/νία εξόδου:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Έκβαση νόσου: Ίαση-βελτίωση: Στάσιμη: Επιδείνωση:

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	ΣΤΑΔΙΟ	ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
		Στάδιο I: Παρατεταμένη ερυθρότητα μιας δερματικής περιοχής μετά την ανακούφισή της από την πίεση. Σημαντικοί δείκτες της εκτίμησης του δέρματος είναι η εμφάνιση: θερμότητας, οιδήματος, σκληρότητας (έλλειψη ελαστικότητας).
		Στάδιο II: Λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται με τη μορφή εκδοράς ή φυσαλίδας ή ως αβαθής κρατήρας.
		Στάδιο III: Πλήρης καταστροφή του δέρματος που επεκτείνεται έως τον υποδόριο και τον λιπώδη ιστό. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.
		Στάδιο IV: Πλήρης καταστροφή του δέρματος/υποδόριου/λιπώδους ιστού, που επεκτείνεται έως τον μυϊκό ιστό, τους τένοντες, τα οστά και τις αρθρώσεις. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

Κυκλώστε αναλόγως (N = Ναι, O = Όχι)

	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ														
Αποδυναμωμένοι κίτρινοι ιστοί	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Εσχάρα υγρή	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Εσχάρα στεγνή	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΕΞΙΔΡΩΜΑ														
Ορώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Οροαιματηρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Πυώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΟΣΜΗ														
ΠΟΝΟΣ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΚΟΚΚΙΟΠΟΙΗΣΗ														
ΕΠΙΘΗΛΙΟΠΟΙΗΣΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:														
Στεγνό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Υγρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Οιδηματώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Ερυθρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Αιμάτωμα	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Σκληρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΥΠΟΓΡΑΦΗ														

ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ημ/νία	ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ημ/νία	ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ημ/νία							
Ht							
Hb							
Λευκά αιμοσφ.							
Αιμοπετάλια							
PT							
PΤΤ							
Σάκχαρο							
Ουρία							
Κρεατινίνη							
Λευκώματα							
Λευκωματίνη							

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ

(υπογραφή)

Αρ. Μητρ. Ασθ: Αρ. Θαλ: Κλίνη: **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ**
(Με την Κλίμακα Norton για Νοσηλευτικό Τμήμα)**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				
Ηλικία:	<input type="text"/>	Συνοδές παθήσεις:	<input type="text"/>		
Ημ/νία εισαγωγής:	<input type="text"/>	Ημ/νία εξόδου:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Έκβαση νόσου: Ίαση-βελτίωση: Στάσιμη: Επιδείνωση:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ****ΒΑΘΜΟΙ**

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Καλή	4								
Μέτρια	3								
Κακή	2								
Πολύ κακή	1								

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Διαύγεια	4								
Απάθεια	3								
Σύγχυση	2								
Κώμα	1								

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ								
Περιπατητικός	4								
Περπατάει με βοήθεια	3								
Κάθεται στην καρέκλα	2								
Κατακεκλιμένος	1								

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ								
Πλήρης	4								
Ελαφρά περιορισμένη	3								
Πολύ περιορισμένη	2								
Ακίνησια	1								

ΑΚΡΑΤΕΙΑ

ΑΚΡΑΤΕΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ								
Απούσα / Καθετήρας	4								
Ακράτεια ούρων	3								
Ακράτεια κοπράνων	2								
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1								

ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ

ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ	ΒΑΘΜΟΙ								
Φυσιολογική	4								
Μικρή	3								
Ρινογαστρικός καθετήρας / Υγρά	2								
Τίποτε από το στόμα / Ανορεξία	1								

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ								
Φυσιολογικό	4								
Παχυσαρκία	3								
Καχεξία	2								
Οίδημα	1								

SCOREΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Score \leq 19 \Rightarrow Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων.Score $>$ 19 \Rightarrow Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά τρίμηρο.

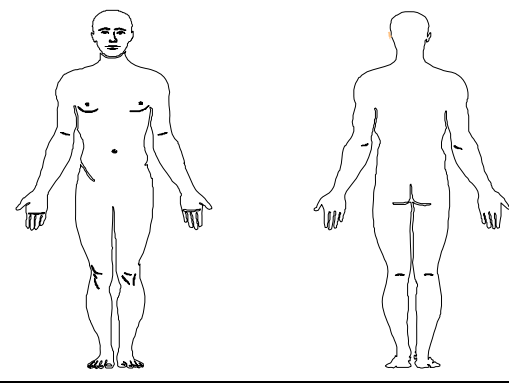
Ανεξαρτήτως συνόλου βαθμών, επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από αλλαγή της κατάστασης του και πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο.

Αρ. Μητρ. Ασθ: Αρ. Θαλ: Κλίνη: **ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Ημερομηνία:	Λήψη Ζ.Σ. / _____ h				06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00
Όνοματεπώνυμο:	ΑΠ	ΑΝ	ΣΦ	Θ																								
Ηλικία:																												
Διάγνωση – Συνοδές παθήσεις:	250	30	140	40																								
	200	25	120	39																								
	150	20	100	38																								
	100	15	80	37																								
Ομάδα αίματος:																												
Ημερομηνία εισαγωγής:	50	10	60	36																								
Ημέρα νοσηλείας:	0	5	40	35																								
Μετεγχειρητική μέρα:	Διούρηση / _____																											

Φλεβοκαθετήρας	Θέση / No	Ημ/νία τοποθ.	ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ 24ΩΡΟΥ		ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ 24ΩΡΟΥ								
			Είδος	Ποσότητα	Οροί			Μεταγγίσεις		Εντερική σίτιση			
					Ροή (ml/h)	Ώρα εφαρμ	Υπογρ.	Ώρα εφαρμ	Υπογρ.	Ώρα εφαρμ	Υπογρ.	Ώρα εφαρμ	Υπογρ.
Άλλη φλεβική γραμμή													
Levin													
Ουροκαθετήρας													
Büllaw													
Νησιδοστομία													
Γαστροστομία													
Παροχετεύσεις τραυμ.													
			Σύνολο αποβαλλομ.:	<input type="text"/>	Σύνολο προσλαμβανομένων: <input type="text"/>								

Χορήγηση O ₂ (Τρόπος – FiO ₂)	Προετοιμασία εξετάσεων / χειρουργείου	Ώρα	Τριχοειδικό σάκχαρο	Σάκχαρο ούρων	Οξόνη ούρων
		06:00			
Τραχειοσωλήνας No:		12:00			
Ημ/νία τοποθ.: Ημ/νία αλλαγής:		18:00			
Σωματικό βάρος :		24:00			
Κενώσεις :					

ΩΡΑ ΟΔΗΓΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ (Ονοματεπώνυμο/σφραγίδα – υπογραφή Ιατρού)	ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
							
				Norton's Score:			
				Τοπική Θεραπεία			
				ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
				07:00 – 15:00	15:00 – 23:00	23:00 – 07:00	
* Μετά από κάθε σειρά ιατρικών οδηγιών σύρεται γραμμή αποπεράτωσης				Ονοματεπώνυμο/σφραγίδα-υπογραφή	Ονοματεπώνυμο/σφραγίδα-υπογραφή	Ονοματεπώνυμο/σφραγίδα-υπογραφή	



Υπόλογος:

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΚΩΔ.	ΕΙΔΟΣ	Μον	ΠΟΣΟΤΗΤΑ		ΧΡΕΩΣΗ	ΚΩΔ.	ΕΙΔΟΣ	Μον	ΠΟΣΟΤΗΤΑ		ΧΡΕΩΣΗ
			ΑΙΤ.	ΧΟΡ.					ΑΙΤ.	ΧΟΡ.	
	Dextrose 5% 100cc	FL					Sod. Chloride 0.9% 5cc	Amp			
	Dextrose 5% 250cc	FL					Sod. Chloride 0.9% 10cc	Amp			
	Dextrose 5% 500cc	FL					Sod. Chloride 15% 10cc	Amp			
	Dextrose 5% 1000cc	FL					Potassium Chloride 10% 10cc	Amp			
	Dextrose 10% 250cc	FL					Calcium Chloride 10% 10cc	Amp			
	Dextrose 10% 500cc	FL					Dextrose 35% 10cc	Amp			
	Dextrose 10% 1000cc	FL					Water for injection 5cc	Amp			
	Dextrose 20% 500cc	FL					Water for injection 10cc	Amp			
	Dextrose 20% 1000cc	FL					Sodium bicarbonate 4% 10cc	Amp			
	Dextrose 35% 500cc	FL					Magnesium sulfate 25% 10cc	Amp			
	Dextrose + Normal (1+4)	FL					Calcium gluconate	Amp			
	Sod. Chloride 0,9% 100cc	FL					Procaine 1% 10cc	Amp			
	Sod. Chloride 0,9% 250cc	FL					Procaine 2% 5cc	Amp			
	Sod. Chloride 0,9% 500cc	FL					Atropine 1mg 1cc	Amp			
	Sod. Chloride 0,9% 1000cc	FL					Adrenaline 1mg 1cc	Amp			
	Sod. Chloride 0,9% 2000cc	FL					Cafeine 25% 1cc	Amp			
	Sod. Chloride 0,9% 3000cc	FL									
	Sod. Chloride 15% 1000cc	FL					Antibacter 1Kg	FL			
	Ringers 1000cc	FL					Betadine sol. 10%	FL			
	Ringers lactated 1000cc	FL					Betadine scrub 7.5%	FL			
	Water for injection 1000cc	FL					Betadine mouthwash 1%	FL			
	Water for injection 2000cc	FL					Cetavlon 20% 500ml	FL			
	Mannitol 500cc	FL					Cetavlon crème 25gr	Bt			
	Isolyte 500cc	FL					Dettol 250ml	FL			
	Sod. Bicarbonate 4% 50cc	FL					Hibicet 500ml	FL			
							Hibitane αλκοολ. 500ml	FL			
	Οινόπνευμα	ml					Hibitane πυκνό 500ml	FL			
	Οξιζενέ	ml					Hibitane scrub 1Lt	FL			
	Ιώδιο	ml					Oxisept 10%	FL			
	Αλουμίνιο	ml					Oxisept scrub	FL			
	Αιθέρας	ml					Σαπούνι χεριών 1Lt	FL			
	Ασετόν	ml									
	Γλυκερίνη	ml									
	Βαζελίνη	ml									
	Παραφινέλαιο	ml									
	Mercurochrome	ml									
	Βενζίνη	ml									
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:											

Ο/Η ΠΑΡΑΓΓΕΛΩΝ

Ο/Η ΠΑΡΑΔΟΥΣ

Ο/Η ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ



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

ΑΔΑ: 94Μ8469Η2Ο-4Ω2

N2

533

Ημ/νια:

ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΧΡΗΣΕΩΣ (ΠΑΓΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)
(ΑΡΧΙΚΗ ΑΠΟΚΤΗΣΗ – ΠΡΟΣΘΗΚΗ – ΒΕΛΤΙΩΣΗ)

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΡΑΛΑΜΒΑΝΟΥΣΑ:

Κωδ.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ) ΠΑΡΑΔΙΔΟΥΣΑ:

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ)	ΧΟΡΗΓΗΘΕΙΣΑ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	
					ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ	ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ

ΛΕΥΚΟ: Διαχ/ση Υλικού – Πληροφορική ΡΟΖ: Γενική Διαχ/ση ΚΙΤΡΙΝΟ: Στέλεχος

Ο/Η υπεύθυνος Διαχείρισης

Ο/Η Παραλαβών Υπόλογος

(υπογραφή – σφραγίδα)

(υπογραφή – σφραγίδα)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

N2

534

ΤΜΗΜΑ: Κωδ

Ημ/νία:

Υπόλογος: Κωδ

ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΕΙΔΟΣ	Μ.Μ.	ΠΟΣΟΤΗΤΑ		ΧΡΕΩΣΗ
			ΑΙΤΟΥΜ.	ΧΟΡΗΓ.	
	Χαρτί αποστείρωσης				
	- 25x25	Bx			
	- 45x45	Bx			
	- 50x50	Bx			
	- 60x60	Bx			
	- 90x90	Bx			
	- 120x120	Bx			
	- 120x140	Bx			
	Ρολοί αποστείρωσης επίπεδοι				
	- 75x200	Ρολ.			
	- 100x200	Ρολ.			
	- 150x200	Ρολ.			
	- 200x200	Ρολ.			
	- 250x200	Ρολ.			
	- 300x200	Ρολ.			
	Νεφροειδή μιας χρήσης	Bx			
	Ταινίες ατμού	Bx			
	Εσωτερικοί δείκτες ατμού – MVI – steri bage	Bx			
	Βιολογικοί δείκτες ατμού	Bx			
	Bowie dick test	Bx			
	Ασφάλειες κουτιών aescular	Bx			
	Χάρτινα φίλτρα (τετράγωνα – στρογγυλά)	Bx			
	Προστατευτικά εργαλείων	Bx			
	Ρόλοι αφρολέξ	Bx			
	Γάζα ακτινοσκιερή				
	- 10x20 24ply	Bx			
	- 10x20 12ply	Bx			
	- 40x40 8ply	Bx			
	- 7,5x7,5 12ply	Bx			
	- 5x5 12 ply	Bx			
	Κουκουτσάκια	Bx			
	Χειρουργικές μάσκες	Bx			
	Ποδονάρια	Bx			
	Ρόμπες επισκεπτών μιας χρήσης	Bx			
	Καπέλα κεφαλής				
	- με λάστιχο γύρω – γύρω	Bx			
	- με λάστιχο πίσω	Bx			
	Γάντια latex				
	- small	Bx			
	- medium	Bx			
	- large	Bx			
	Γάζα μη ακτινοσκιερή				
	- non woven 10x10	Bx			
	- απλή 10x20	Bx			
	- τολύπια 5x5	Bx			
	- γάζα 40x40	Bx			
	Απολυμαντικά				
	- Για το χέρι				
	- Για το πλυντήριο				
	- Ουδετεροποιητικό				
	- Λαμπριντικό				
	- Για τους υπερήχους				
	- Λιπαντικό εργαλείων				
	- Επιφανειών				
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:					

Ο/Η ΠΑΡΑΓΓΕΛΩΝ

Ο/Η ΠΑΡΑΔΟΥΣ

Ο/Η ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ

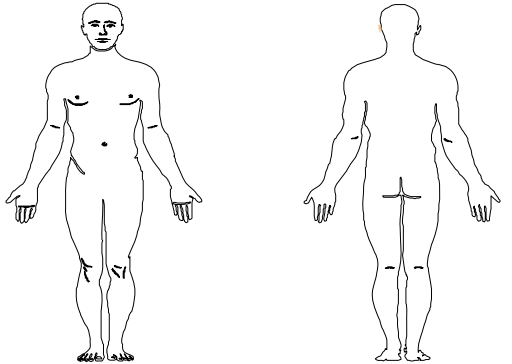


Αρ. Μητρ. Ασθ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΦΥΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕΘ

Ημερομηνία:	ΑΝ	Θ	ΑΠ/ΣΦ	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	Ώρα	
Επώνυμο:																													Αιματοκρίτης
Όνομα:																													Αιμοσφαιρίνη
Ηλικία:		200																											Λευκά
Ύψος:		41	180																										Αιμοπετάλια
Βάρος:		35	40	160																									Σάκχαρο
Διάγνωση – Συνοδές Νόσοι:	35	40	160																										Ουρία
	30	39	140																										Κρεατινίνη
	25	38	120																										Κ
	20	37	100																										Να
ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ	20	37	100																										Ca
Ομάδα Αίματος - Rh:	15	36	80																										Χολερυθρίνη ολική
Ημ/νία Εισαγωγής:	10	35	60																										Χολερυθρίνη άμεση
Ημέρα Νοσηλείας:																													SGOT (AST)
Μετεγχειρητική Ημέρα:																													SGPT (ALT)
CVP																													γ-GT
RAP																													Αλκαλ. φωσφατάση
RWP																													LDH
CO																													Αμιλάση αίματος
ICP																													Αμιλάση ούρων
ΤΥΠΟΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ																													CPK
V _T																													CPK-MB
RR																													Τροπονίνη
PEEP																													Μυοσφαιρίνη
FiO ₂																													PT
ΜΑΣΚΑ O ₂																													INR
ρΗ																													aPTT
PaO ₂																													
PaCO ₂																													Σάκχαρο ούρων
HCO ₃																													
Sat O ₂																													Ουρία ούρων
BE																													
ΚΕΝΩΣΕΙΣ																													Κρεατινίνη ούρων
ΟΥΡΑ																													
LEVIN																													
ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ Α																													
ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ Β																													
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΥΓΡΩΝ																													
					06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	ΑΡΑΧΗ II
																													ISS
																													TS
																													GCS
																													ΚΟΡΕΣ
																													ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ
																													SWAN – GANZ
																													ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΓΡΑΜΜΗ
																													ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ / ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑΣ
																													ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ
																													LEVIN / FEEDING TUBE
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΥΓΡΩΝ																													Δ: Αρ: ΠΡΟΣΛΑΜΒ. ΥΓΡΑ 24ΩΡΟΥ
																													ΙΣΟΖΥΓΙΟ 24ΩΡΟΥ:

ΩΡΑ ΟΔΗΓΙΑΣ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ (Ονοματεπώνυμο/Σφραγίδα – Υπογραφή Ιατρού)	ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
							
				Norton's Score:			
				Τοπική Θεραπεία			
				ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
				07:00 – 15:00	15:00 – 23:00	23:00 – 07:00	
* Μετά από κάθε σειρά ιατρικών οδηγιών σύρεται γραμμή αποπεράτωσης				Ονοματεπώνυμο/Σφραγίδα-Υπογραφή	Ονοματεπώνυμο/Σφραγίδα-Υπογραφή	Ονοματεπώνυμο/Σφραγίδα-Υπογραφή	

Αρ. Μητρ. Ασθ: Αρ. Θαλ: Κλίνη: **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ**
(Με την κλίμακα CUBBIN JACKSON)**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο: Διάγνωση: Ηλικία: Συνοδές παθήσεις: Ημ/νία εισαγωγής: Ημ/νία εξόδου: **Έκβαση νόσου:**Ίαση-βελτίωση: Στάσιμη: Επιδείνωση: **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ****ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ****ΒΑΘΜΟΙ**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Χρήζει εισαγωγής στην ΜΕΘ	4								
Θεραπεία με στεροειδή/αντιδιαβητικά	3								
Νεφρική ανεπάρκεια/αιμοκάθαρση	2								
Αγγειοπάθεια/Shock	1								

ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ								
< 40	4								
40 – 55	3								
56 – 70	2								
> 70	1								

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ								
Φυσιολογικό	4								
Παχυσαρκία	3								
Καχεξία	2								
Οίδημα	1								

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ								
Φυσιολογικό	4								
Ερυθρότητα	3								
Εκλεπτυσμένο/Αποφλοιωμένο	2								
Νεκρώσεις	1								

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Διαύγεια	4								
Σύγχυση	3								
Καταστολή	2								
Κώμα	1								

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ								
36° – 37° C	4								
37° – 37,5° C	3								
> 37° C	2								
< 36° C	1								

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Πλήρης διαίτα & υγρά από το στόμα	4								
Εντερική	3								
Παρεντερική	2								
Μόνο ενδοφλέβια χορήγηση υγρών	1								

ΑΝΑΠΝΟΗ

ΑΝΑΠΝΟΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Δική του αναπνοή	4								
Υποβοηθούμενη	3								
Πλήρης μηχανικός αερισμός	2								
Εργώδης αναπνοή	1								

ΜΕΡΙΚΟ SCORE

ΜΕΡΙΚΟ SCORE									

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΕΡΙΚΟΥ SCORE		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ					
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ						
Σταθερή χωρίς ινότροπα	4						
Σταθερή με ινότροπα	3						
Ασταθής χωρίς ινότροπα	2						
Κρίσιμη με ινότροπα	1						
Δεν χρειάζεται μετάγγιση αίματος	4						
Χρειάζεται μετάγγιση αίματος	3						
Χρειάζεται αλβουμίνη	2						
Χρειάζεται αλβουμίνη, αίμα, παράγωγα	1						
ΑΚΡΑΤΕΙΑ							
Απούσα/Καθητήρας	4						
Ακράτεια ούρων	3						
Ακράτεια κοπράνων	2						
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1						
ΤΕΛΙΚΟ SCORE							
ΥΠΟΓΡΑΦΗ							
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ							

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Score 40 - 35 ⇒ Αλλαγή θέσης
 Score 34 - 28 ⇒ Αλλαγή θέσης, χρήση ειδικών στρωμάτων
 Score < 28 ⇒ Αλλαγή θέσης, χρήση ειδικών κλινών

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΜΕΘ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο: Ημ/νία εισόδου στη ΜΕΘ:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Ημ/νία διακομιδής: **ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ :**Ώρα: ΑΠ: mmHg ΣΦ.: (/min) Θ.: °C ΑΝΑΠΝ: (/min)**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**Τραχειοσωλήνας : Ναι Όχι Ημ/νία τοποθ.: Ημ/νία αλλαγής: Χορήγηση O₂ : Ναι Όχι Ρινικός καθετηρ.: lt/min Μάσκα Venturi FiO₂: **ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**Levin: Ναι Όχι Feeding tube: Ναι Όχι

Εντερική διατροφή / δίαιτα:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΚαθετήρας: Ναι Όχι Είδος: Νο: Ημ/νία τοποθέτησης: **ΔΕΡΜΑ**Κατακλίσεις: Όχι Ναι Θέση: Χειρουργικό τραύμα: Όχι Ναι Θέση: **ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ**Περιφερική: Όχι Ναι Νο: Θέση: Ημ/νία τοποθέτησης: Κεντρική: Όχι Ναι Είδος: Θέση: Ημ/νία τοποθέτησης: **ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ**

Είδος:	Θέση:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΥΓΡΑ

Είδος	Ποσό	Ώρα εφαρμογής

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ονομασία φαρμάκου	Δόση	Οδός Χορήγησης	Ώρες χορήγησης

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο/Η Νοσηλεύτριας ΜΕΘ

(Όνοματεπώνυμο/σφραγίδα - υπογραφή)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
 Δ.Υ.ΠΕ.
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
 ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

N3
551

Ημ/νία:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ:

ΑΙΘΟΥΣΑ:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Α/Α	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΘΑΛΑΜΟΣ	ΚΛΙΝΗ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

Η Προϊσταμένη Χειρουργείου

Ο/Η Διευθυντής Αναισθησιολογικού

Ο/Η Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>		
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	Κλινική νοσηλείας:	<input type="text"/>
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ:	<input type="text"/>		
Διάγνωση:	<input type="text"/>		Είδος αναισθησίας:	<input type="text"/>			
Πιθανή επέμβαση:	<input type="text"/>			Πιθανή ώρα έναρξης:	<input type="text"/>		
Χειρουργός:	<input type="text"/>		Αναισθησιολόγος:	<input type="text"/>			

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αλλεργίες:	<input type="text"/>
Προβλήματα δέρματος (κατακλίσεις, εκδορές, μυκητιάσεις, κλπ):	<input type="text"/>
Αναπηρίες - νευρομυϊκά προβλήματα - τραχειοστομία:	<input type="text"/>
Ξένες οδοντοστοιχίες, βλεφαρίδες, περούκα, άλλα:	<input type="text"/>
Προθέσεις (ακουστικά, φακοί επαφής, τεχνητός οφθαλμός, γυαλιά, βηματοδότης, ισχίου):	<input type="text"/>
Ιστορικό ασθενειών: διαβήτης, υπέρταση, υπόταση, καρδιαγγειακά νοσήματα, πυρετός, κάπνισμα, μεταδοτικά νοσήματα, παθολογικές εξετάσεις, άλλα:	<input type="text"/>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ

Ρίγη, παθολ. βάρος, αφύσικο ύψος, καθετήρες, παροχετεύσεις:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Βαθείς αναπνοές
Χορηγούμενα φάρμακα:	<input type="text"/>	Πιέζετε την κοιλιακή χώρα με τα χέρια Βήχετε
Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις:	<input type="text"/>	Αλλάζετε συχνά θέσεις
Ειδικές ανάγκες (θέσεις, μηχανήματα, προετοιμασία δέρματος, κλπ):	<input type="text"/>	Θα παίρνετε ορρούς ΜΤΧ
		Θα έχετε παροχετεύσεις τραύματος
		Θα έχετε μάσκα Ο ₂ στην ανάνηψη
		Πιθανός χρόνος αναμονής στην ανάνηψη
		Συνεχής καταγραφή ζωτικών σημείων στην ανάνηψη
		Μεταφορά στη ΜΕΘ αν χρειάζεται
		Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου
		Άλλα σχόλια:

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Προσανατολισμός (που βρίσκεται και γιατί):	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Γλωσσικά:	<input type="text"/>
Συναισθηματική κατάσταση:	Φόβος: <input type="checkbox"/> Ανασφάλεια: <input type="checkbox"/> Μοναξιά: <input type="checkbox"/> Άλλα: <input type="checkbox"/>

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οικογενειακή υποστήριξη:	Σύζυγος: <input type="checkbox"/> Τέκνα: <input type="checkbox"/> Φίλοι: <input type="checkbox"/> Κανένας: <input type="checkbox"/>
Όνομα:	<input type="text"/>
Που θα βρίσκονται οι συγγενείς εάν είναι εκτός νοσοκομείου:	<input type="text"/>
Τηλ:	<input type="text"/>

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Υποχρεωτικό λουτρό το βράδυ	<input type="text"/>
Εγχειρητικό πεδίο μετά το λουτρό καθαριότητας	<input type="text"/>
Τίποτα από το στόμα	<input type="text"/>
Αφαίρεση κοσμημάτων, make up, οδοντοστοιχίες, βερνίκι νυχιών, φακών επαφής, περούκας, καρφίδες μαλλιών, κοπή νυχιών	<input type="text"/>
Τοποθέτηση εφεστρίδας δεμένο μόνο στο επάνω, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής, χάρτινο εσώρουχο (το πρωί)	<input type="text"/>
Άδειο στομάχι, μόνο αναγκαία προνάρκωση (το πρωί)	<input type="text"/>
Ενημέρωση για πιθανή ώρα έναρξης της επέμβασης	<input type="text"/>
Ενημέρωση για τον τρόπο μεταφοράς στο χειρουργείο	<input type="text"/>
Χώρος αναμονής συγγενών	<input type="text"/>
Παρενέργειες προνάρκωσης, υπνηλία, ναυτία, ταχυσφυγμία	<input type="text"/>
ΠΡΟΣΟΧΗ: Να αδειάσετε την κύστη πριν τη προνάρκωση	<input type="text"/>

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ – ΩΡΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Ημ/νία:		Χειρουργός:		Αναισθησιολόγος:	
Αίθουσα:		Επέμβαση:	Προγραμματισμένη:	Έκτακτη:	(σημειώστε με x στο ανάλογο πεδίο)
ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ		ΩΡΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	Προγραμματισμένη ώρα:	Αρχή:	Επόμε. επέμβ.:
			Ώρα χειρουργείου:	Είσοδος:	Έξοδος:
			Ώρα επέμβασης:	Αρχή:	Τέλος:
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ	
		Αναγνώριση στοιχείων		ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
		Εργαστηριακά – Αυστραλιανό αντιγόνο	Γενική	Βραχεία γενική	Ραχιαία
		Αναισθησιολογικό διάγραμμα	Περιοχική	Βραχιονικό block	N.A.A.
		Συγκατάθεση ασθενούς ή συγγενή	ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ		
		Επιβεβαίωση του πάσχοντος οργάνου (ΔΕ-ΑΡ)	Ιστολογική	Ταχεία	Καλλιέργεια
		Τίποτα από το στόμα – έλεγχος	Ιστοχημεία	Ορμονοϋποδοχείς	Άλλα
		Αλλεργίες, αν ναι, έχουν γραφτεί	ΦΑΡΜΑΚΑ – ΥΓΡΑ – ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ - ΆΛΛΑ		
		Οδοντοστοιχίες, κοσμήματα, make up, προσθέτων (φακών επαφής κλπ) Έχουν αφαιρεθεί:	ΔΟΣΗ:	ΩΡΑ:	ΟΔΟΣ:
		Ζωτικά σημεία σημειωμένα	ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ		
		Προνάρκωση έχει δοθεί:	Υλικό:	Catalogue number:	
		Κένωση κύστης	Κατασκευάστρια εταιρία:	Lot number:	
		ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ	ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ		
		Διαθερμία κοινή	Κλειστή τραύματος	Pen-rose	Γυναικ. Ταμπόν
		Στοιχεία μηχανήματος	Κλειστή θώρακος	Shirley	Ω.Ρ.Λ. Ταμπόν
		Γείωση	Kehr	Levin	Άλλα
		Διαθερμία διπλοκή	Νούμερο:	Θέση:	
		Στοιχεία μηχανήματος	ΣΥΡΡΑΦΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ		
		Λαπαροσκοπική διαθερμία	Ενδοδερμική	Ράμματα	Τάσεις
		ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ	Απλή γάζα	Ορθομπάν	Ελαστικός επίδεσμος
Folley	Netation	Προέλεγχος μπαλονιού	Steri-strips	Λευκοπλάστ	Δικτυωτός επίδεσμος
No			Micropore	Ταπε μετάξας	
Ποσόν & χρώμα	Χωρητικότητα μπαλονιού		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ		
Τοποθετήθηκε από:			ΕΙΔΟΣ	ΣΩΣΤΗ	ΛΑΘΟΣ
		ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΣΗ	Εργαλεία		
Ύπτια	Πρηνής	Πρηνής γωνιώδης	Γάζες		
Πλάγια γωνιώδης		Λιθοτομή	Βελόνες		
Εξαρτήματα θέσεων		Άλλα			
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ		ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ		ΑΠΟΒΛΗΤΑ	
Povidone iodine	Alcohol pure		1. Καθαρό	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Άλλα	Br. Cetrinani		2. Καθαρό – Σηπτικό	Αν ναι, περιγράψτε:	
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	3. Σηπτικό		
ΙΣΧΑΙΜΟΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗ			4. Ρυπαρό		
Αριστερό πόδι:	Αριστερό χέρι:		ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ		
Πίεση mm/Hg ON ώρα:	OFF ώρα:				
Δεξί πόδι	Δεξί χέρι				
Πίεση mm/Hg ON ώρα:	OFF ώρα:				
ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ					
Μικροσκόπιο	Αναρρόφηση				
Laser	Video				
Ορθωπ. Έκταση	X – ray / C – cam				
Κανένας	Πνευμοπεριτοναίο	ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΡΙΑ/ΤΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ/ΤΗΣ	ΩΡΑ	
Υπέρηχοι	Κρυσπηξία	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΩΡΑ	
Άλλα	Θερμοπηξία				
	Ψηφιακός Αγγειογράφος				
		Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΕ ΣΕ:			
ΘΕΡΜΑΙΝΟΜΕΝΗ – ΨΥΞΗΣ ΚΟΥΒΕΡΤΑ		ΜΕΘ			
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΛΙΝΙΚΗ			
		ΆΛΛΟΥ:			
Serial No:		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ			
Θερμοκρασία:					



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.Π.Ε.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

N3

553

Ημ/νία: Χειρ. Αίθουσα: **ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	ΩΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΩΡΑ ΕΞΟΔΟΥ	ΠΑΡ/ΣΕΙΣ

Ο/Η Νοσηλεύτης/τρια κίνησης

Ημνία: Χειρουργική Αιθ.:

ΠΑΡΑΤΑΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ

Α/Α	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΘΑΛΑΜΟΣ	ΚΛΙΝΗ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ

Ο/Η Νοσηλεύτρια

Η Προϊσταμένη Χειρουργείου

Ο/Η Διευθυντής Χειρουργείου



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Ημ/νία:

Χειρ. Αίθουσα:

ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ - ΑΙΧΜΗΡΩΝ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Κλινική:		
Είδος επέμβασης:		
Όνοματεπώνυμο χειρουργού:		
Όνοματεπώνυμο εργαλειοδότη:		
Όνοματεπώνυμο νοσηλευτή κίνησης:		

Είδος υλικού	Σύνολο υλικών	Μέτρηση προ της έναρξης της επέμβασης	1 ^η μέτρηση προ του κλεισίματος	2 ^η μέτρηση κατά το κλείσιμο	Μέτρηση κατά τη σύγκλειση του δέρματος
Κομπρέσες					
Γάζες 12 ply					
Γάζες 24 ply					
Τολύπια 7,5X7,5					
Τολύπια 5X5					
Αμυγδαλεκτομής					
Κουκούτσια μικρά					
Πεδία N/X					
Patties N/X					

Λάμες					
Βελόνες ραμμάτων					
Βελόνες υποδερμικές (σύριγγες)					
Βελόνες ραμμάτων (σετ)					
Μαχαιράκια διαθερμίας					

Φακαρόλες		Καταμέτρηση εργαλείων			
Loop αγγείων		Σωστή		Λάθος	
Σφουγγαράκια διαθερμίας		Παρατηρήσεις			
Καλύμματα τροκάρ					
Καλύμματα λαβίδων					
Λοιπά					

Μετρήσεις:	Σωστές	Λανθασμένες	Υπογραφή νοσηλευτή κίνησης (και αντικαταστάτη)
Παρατηρήσεις			
			Αρχική μέτρηση
			Τελική μέτρηση (να συμφωνεί με το σύνολο)



Ημ/νία:

Χειρ. Αίθουσα:

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΚΑΘΑΡΤΟΥ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΛΙΚΟΥ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1.	Τετράγωνα διπλά 1,50 X 1,50		
2.	Τετράγωνα διπλά 1,20 X 1,20		
3.	Τετράγωνα διπλά 0,80 X 0,80		
4.	Τετράγωνα διπλά 0,50 X 0,50		
5.	Τετράγωνα μονά 1,50 X 1,50		
6.	Σεντόνια		
7.	Σχιστά ορθοπεδικού		
8.	Κουβέρτες		
9.	Καλύμματα τραπεζιδίων		
10.	Χιτώνια		
11.	Περισκελίδες		
12.	Σάκοι ιματισμού		
13.	Πετσέτες χεριών		
14.	Μπλούζες		

Ο/Η Νοσηλεύτης/τρια κίνησης

Αρ. Μητρ. Ασθ. Θάλαμος: Κλίνη:
ΦΥΛΛΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:			Όνομα:			Πατρώνυμο:		
Διεύθυνση:				Τ.Κ. - Πόλη:			Τηλ.:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:				Αρ. Μητρ. Ασφ:		
Βάρος Σώματος:		Πριν:		Μετά:				

Ημερομηνία: Διάρκεια: Διάλυμα: ΕΡΟ: One Alpha: Φίλτρο: Βιταμίνη: Calci Jex: Ηπαρίνη: Σίδηρος: Ορός αποσύνδ: Μέθοδος:

ΧΡΟΝΟΣ	Α.Π.	ΣΦΙΞΕΙΣ	ΦΛΕΒΙΚΗ	ΤΜΡ	ΡΟΗ		ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
					ΑΙΜΑ	ΔΙΑΛΥΜΑ	

Ο/Η Νοσηλευτής/τρια

(υπογραφή)



Ημ/νία:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΦΥΛΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο: Ημ/νία ενδοσκόπησης: Κλινική: Εξέταση: Επείγουσα Προγραμματισμένη: Εσωτ. Ασθ. Εξωτ. Ασθ. Επειγ. Εφημ. Είδος ενδοσκόπησης: Γαστροσκόπηση: ERCP: Κολονοσκόπηση: Ορθοσιγμοειδοσκόπηση: Εντεροσκόπηση: Εξέταση διαγνωστική: Εξέταση επεμβατική: Ώρα έναρξης: Ώρα λήξης: Βιοψίες: Φάρμακα: Κωδ Ενδοσκοπίου: Κωδ Εργαλεία: Απολύμανση ενδοσκοπίου: Γιατρός: Νοσηλεύτρια: Παρατηρήσεις:

Ο/Η νοσηλεύτης/τρια



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

N4

591

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ.:

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

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



Ημερομηνία:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Από:

Έως:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	ΣΑΒΒΑΤΟ	ΚΥΡΙΑΚΗ
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ						

Η Προϊσταμένη του
Τμήματος

Η Τομάρχης

Η Διευθύντρια
Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Ημ/νία:

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΚΑΤΑΜΕΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ	07:00-15:00	15:00-23:00	23:00-07:00
Παραλαβή – Παράδοση ναρκωτικών			
Χορήγηση φαρμάκων			
Χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών - μεταγγίσεων			
Καταγραφή νοσηλευτικής παρακολούθησης			
Χρέωση φαρμάκων – υλικών			
Παραλαβή – τακτοποίηση φαρμάκων			
Παραλαβή εισερχομένων ασθενών			
Λήψη ζωτικών σημείων – Ζωρων θερμο/σεων			
Περιποίηση ασθενών – στρώσιμο κλινών			
Αλλαγές τραυμάτων Προετοιμασία υλικού προς αποστείρωση			
Προετοιμασία ασθενών προς Χειρουργείο			
Παράδοση ακαθάρτου - παραλαβή καθαρού ματισμού			
Παραλαβή – τακτοποίηση υλικού			
Έλεγχος διανομής φαγητού			
Έλεγχος καθαριότητας			

Η Προϊσταμένη


 Ημ/νία:

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΚΑΤΑΜΕΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ
Χώρος καθαρισμού εργαλείων	
Χώρος προετοιμασίας και πακεταρίσματος	
Ιματισμός Χειρουργείου	
Παραλαβή - παράδοση υλικών Χειρουργείου	
Παραλαβή – παράδοση υλικών Κλινικών/Τμημάτων	

Η Προϊσταμένη



Ημ/νία:

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΚΑΤΑΜΕΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

07:00 – 15:00

Συντονισμός εργασίας:

Είσοδος – Διακίνηση ασθενών:

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Αίθουσα : _____
Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____
Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

15:00 – 23:00

Επίβλεψη – Τακτοποίηση: _____

Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____

Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

23:00 – 07:00

Επίβλεψη – Τακτοποίηση: _____

Νοσηλεύτρια / -τής κίνησης: _____

Εργαλιοδότηρια/ -της: _____

Η Προϊσταμένη Χειρουργείου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΔΙΓΑΛΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - Κ.Υ. ΝΑΞΟΥ
ΧΩΡΑ ΝΑΞΟΥ - Τ.Κ. 84 300
ΝΑΞΟΣ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΥΑΛΙΩΝ

Επώνυμο: Όνομα:

Πατρώνυμο: Ηλικία:

Διεύθυνση: Τ.Κ. - Πόλη:

Τηλ.: Ασφαλ. φορέας: Αρ. Μητρ. Ασθ.

ΔΙΑ ΜΑΚΡΑΝ ΔΙΑ ΜΕΣΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ	ΣΦΑΙΡΑΙ					ΚΟΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ
		ΚΥΛΙΝΔΡΟΣ	ΑΞΙΟΝ	ΚΥΛΙΝΔΡΟΣ	ΑΞΙΟΝ	
ΔΙΑ ΓΛΗΣΙΟΝ	ΠΡΙΣΜΑ	ΣΦΑΙΡΑΙ	ΚΥΛΙΝΔΡΟΣ	ΑΞΙΟΝ	ΠΡΙΣΜΑ	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο θεράπων

Νόσος:



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

- 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/ακίνησια (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

ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

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:



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

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: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα: <input type="checkbox"/>	
Τρόπος Μεταφοράς	Περιπατητικός: <input type="checkbox"/>	Τροχήλατη καρέκλα: <input type="checkbox"/>	Φορείο: <input type="checkbox"/>
Συνοδεύεται	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Πληροφορίες δίνει:	Ο ασθενής: <input type="checkbox"/>	Άλλο άτομο: <input type="checkbox"/>	
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: <input type="checkbox"/>	Επιθετικός: <input type="checkbox"/>	Απαθής: <input type="checkbox"/>

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: <input type="checkbox"/>	Βράγχος: <input type="checkbox"/>	Δεν μπορεί να μιλήσει: <input type="checkbox"/>	Ομιλεί ξένη γλώσσα: <input type="checkbox"/>
Ακοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Βαρηκοΐα: <input type="checkbox"/>	Κώφωση: <input type="checkbox"/>	
Όραση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>	Τύφλωση: <input type="checkbox"/>	
Βάδιση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΔΕΡΜΑ

	Χρώμα :	Φυσιολογικό: <input type="checkbox"/>
		Κυανωτικό: <input type="checkbox"/>
		Ικτερικό: <input type="checkbox"/>
		Ωχρο: <input type="checkbox"/>
	Εξανθήματα: <input type="checkbox"/>	
Έλκη: <input type="checkbox"/>		
Εκδορές: <input type="checkbox"/>		
Κατακλίσεις: <input type="checkbox"/>		
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: <input type="checkbox"/>	Άρρυθμος: <input type="checkbox"/>
Υπέρταση:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Παρατηρήσεις:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Αναπνοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Εργώδης: <input type="checkbox"/>	Δύσπνοια: <input type="checkbox"/>
Βήχας:	Ναι <input type="checkbox"/>	Με απόχρεμψη: <input type="checkbox"/>	
	Όχι <input type="checkbox"/>	Χωρίς απόχρεμψη: <input type="checkbox"/>	

Παρατηρήσεις:

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Ναυτία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Έμετος :	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Διάταση κοιλίας:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Παχύ έντερο:	Κένωση: <input type="checkbox"/> Φυσιολογική, <input type="checkbox"/> Δυσκοιλιότητα, <input type="checkbox"/> Διάρροια, <input type="checkbox"/> Μέλαινα Κένωση, <input type="checkbox"/> Αιμμοροίδες, <input type="checkbox"/> Διάταση κοιλίας, <input type="checkbox"/> Κολοστομία	

Παρατηρήσεις:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Συχνουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Δυσουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Αιματουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Ολιγουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Ανουρία:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Παρατηρήσεις:

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα:

Σακχαρώδης Διαβήτης:

Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος): Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος): Διαταραχές
θυρεοειδούς:Υπερθυρεοειδισμός: Υποθυρεοειδισμός:

Παρατηρήσεις:

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς 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 Νοσηλεύτης/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

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 <input type="checkbox"/>	Ερυθρά <input type="checkbox"/>	Αιμοπετάλια <input type="checkbox"/>	Πλάσμα <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Ρίγος <input type="checkbox"/>
Αρτηρ. Πίεση (mmHg):			Πυρετός <input type="checkbox"/>	Εμετός <input type="checkbox"/>
Σφίξεις (/min):			Ερύθημα <input type="checkbox"/>	Ναυτία <input type="checkbox"/>
Αιμοσφαινουρία:			Κνησμός <input type="checkbox"/>	Ίκτερος <input type="checkbox"/>
			Εξάνθημα <input type="checkbox"/>	Απώλεια ούρων <input type="checkbox"/>
			Δύσπνοια <input type="checkbox"/>	Απώλεια κοπράνων <input type="checkbox"/>
			Οσφουαλγία <input type="checkbox"/>	Απώλεια συνείδησης <input type="checkbox"/>
			Θωρακικό ή κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/>	

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΗΜΕΙΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ
ΒΑΘΜΟΣ I ΟΧΙ ΣΟΒΑΡΗ	Μόνο εξάνθημα <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης 2. Χορήγηση αντισταμινικών 3. Αν δεν αντιδράσει στα παραπάνω, εφαρμόζονται οι οδηγίες του βαθμού II
ΒΑΘΜΟΣ II ΣΟΒΑΡΗ	Ρίγη <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Ανησυχία <input type="checkbox"/> Ταχυσφυγμία <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	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 <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/> Θωρακικό άλγος <input type="checkbox"/> Πτώση της ΑΠ <input type="checkbox"/> Ολιγουρία <input type="checkbox"/> Αιμορραγία <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	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 <input type="checkbox"/> Απώλεια ούρων <input type="checkbox"/> Απώλεια κοπράνων <input type="checkbox"/> Απώλεια συνείδησης <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαινουρία:	1. Ότι στους βαθμούς I και II 2. Διατήρηση της πίεσης του αίματος 3. Συννέωση με την Αιμοδοσία/ τη ΜΕΘ/ τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αποστέιλτε 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**



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

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 πενήνήμερο.
SCORE ≤ 19:	Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησης ανα 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



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:	Όρα:	Ημερομηνία παραλαβής:
----------------	------	-----------------------

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

A. ΧΡΗΜΑΤΑ:	
B. 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...νμε ΑΔΑΤ:.....
από τ...νμε 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...νμε ΑΔΑΤ:.....
Και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια. Σχέση με τον δικαιούχο:.....

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



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

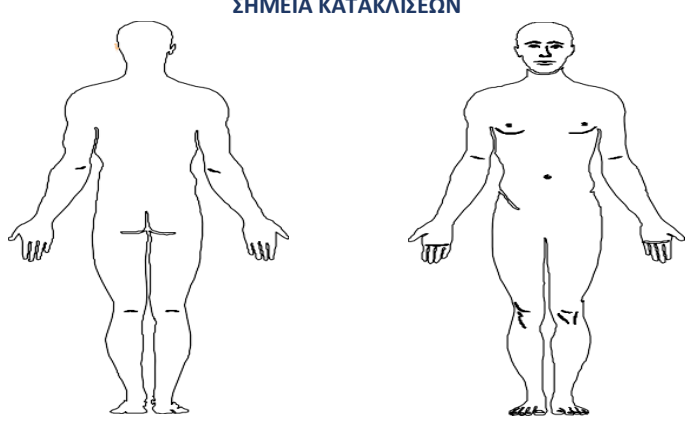
ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

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 βάθη ιστών	Μωβ ή κυανέρυθρη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιτολούς 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"/>

