



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: <input type="text"/>	mmHg	ΣΦ.: <input type="text"/>	(/min)	Θ.: <input type="text"/>	°C	ΑΝΑΠΝ: <input type="text"/>	(/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 ΣΥΣΤΗΜΑ

Καθετήρας: Ναι Όχι Είδος: No: Ημ/νία τοποθέτησης:

ΔΕΡΜΑ

Κατακλίσεις: Όχι Ναι Θέση:

Χειρουργικό τραύμα: Όχι Ναι Θέση:

ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Περιφερική: Όχι Ναι No: 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

Όνομασία φαρμάκου	Δόση	Οδός Χορήγησης	Ώρες χορήγησης

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο/Η Νοσηλεύτριας ΜΕΘ

(Όνοματεπώνυμο/σφραγίδα - υπογραφή)