



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

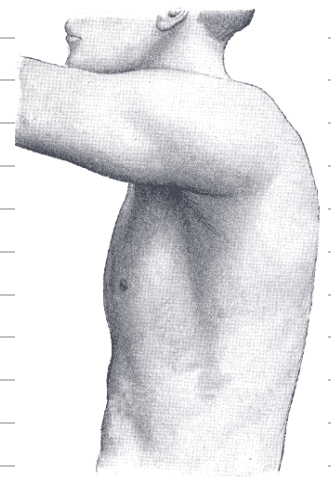
**ΝΕΥΡΙΚΟ**

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:

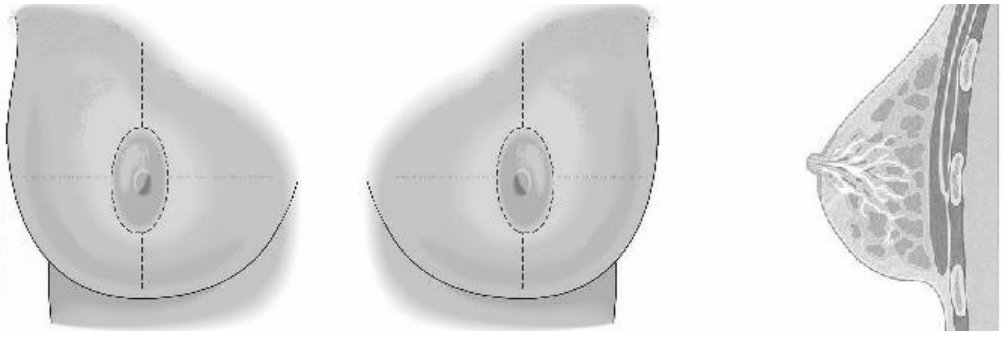
**ΕΞΕΤΑΣΗ:**

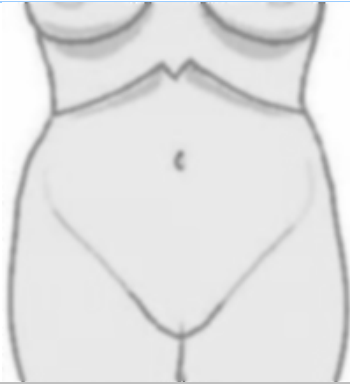
Ημ/νία:

Ημ/νία:

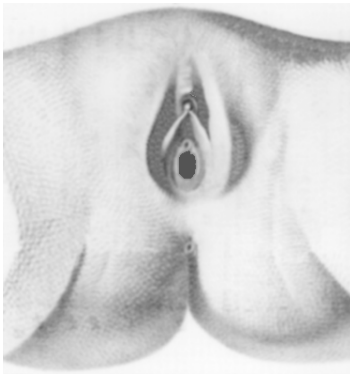
Ημ/νία:



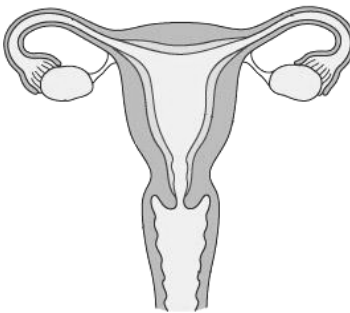
|  |  |
|--|--|
| <p><b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b><br/>         Πατέρας – μητέρα - αδέρφια<br/>         Σύζυγος - τέκνα<br/>         Λοιποί συγγενείς - δίδυμοι</p>   |  |
| <p><b>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ</b><br/>         Παιδικά νοσήματα - Εισαγωγές σε νοσοκομείο - εγχειρήσεις<br/> 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



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<br>0 | ΚΑΤΩ ΤΩΝ 100/1'<br>1 | ΑΝΩ ΤΩΝ 100/1'<br>2  |    |    |              |
| ΑΝΑΠΝΟΗ                 | ΑΠΟΥΣΙΑΖΕΙ<br>0  | ΑΡΓΗ & ΑΡΡΥΘΜΗ<br>1  | ΚΛΑΜΑ ΖΩΗΡΟ<br>2     |    |    |              |
| ΜΥΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ            | ΑΤΟΝΟΣ<br>0      | ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟΣ<br>1     | ΕΝΕΡΓ. ΚΙΝΗΣ.<br>2   |    |    |              |
| ΧΡΩΜΑ                   | ΩΧΡΟΚΥΑΝΟ<br>0   | ΚΥΑΝΑ ΑΚΡΑ<br>1      | ΡΟΔΑΛΟ<br>2          |    |    |              |
| ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ | ΚΑΜΜΙΑ<br>0      | ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ<br>1    | ΦΤΕΡΝΙΣΜΑ-ΚΛΑΜΑ<br>2 |    |    |              |
|                         |                  |                      | ΣΥΝΟΛΟ:              |    |    |              |

**ΤΟΚΕΤΟΣ**

Φυσιολογικός:  Υστεροτοκία:  Περινεοτομή: ΝΑΙ:  ΟΧΙ:

Σικουουλκία:  Λόγω:

Εξελκυσμός:

Εμβρυουλκία:

Καισαρική τομή:

Υπεύθυνος:

Ενεργήσας:

Μαία:

Αναισθ/γος:

**ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ:**

|              |                      |      |                      |             |                      |
|--------------|----------------------|------|----------------------|-------------|----------------------|
| Ημ/νία:      | <input type="text"/> | Ώρα: | <input type="text"/> | Χειρουργός: | <input type="text"/> |
| Αρ. Βιβλίου: | <input type="text"/> |      |                      | Χειρουργός: | <input type="text"/> |
| Αναισθ/γος:  | <input type="text"/> |      |                      | Χειρουργός: | <input type="text"/> |
| Αδελφή:      | <input type="text"/> |      |                      |             | <input type="text"/> |

**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:

Όνοματεπώνυμο - 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:  Σικουλικία:  Εξελκυσμός:  Εμβρυουλκία:  Καισαρική τομή: Λόγω: Αμν. υγρό:  (κεχωρασμένο, 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"/> | EMM. COOBS: | <input type="text"/> |
| HBsAg: | <input type="text"/> | Άλλες ηπατίτιδες: | <input type="text"/> |             |                      |

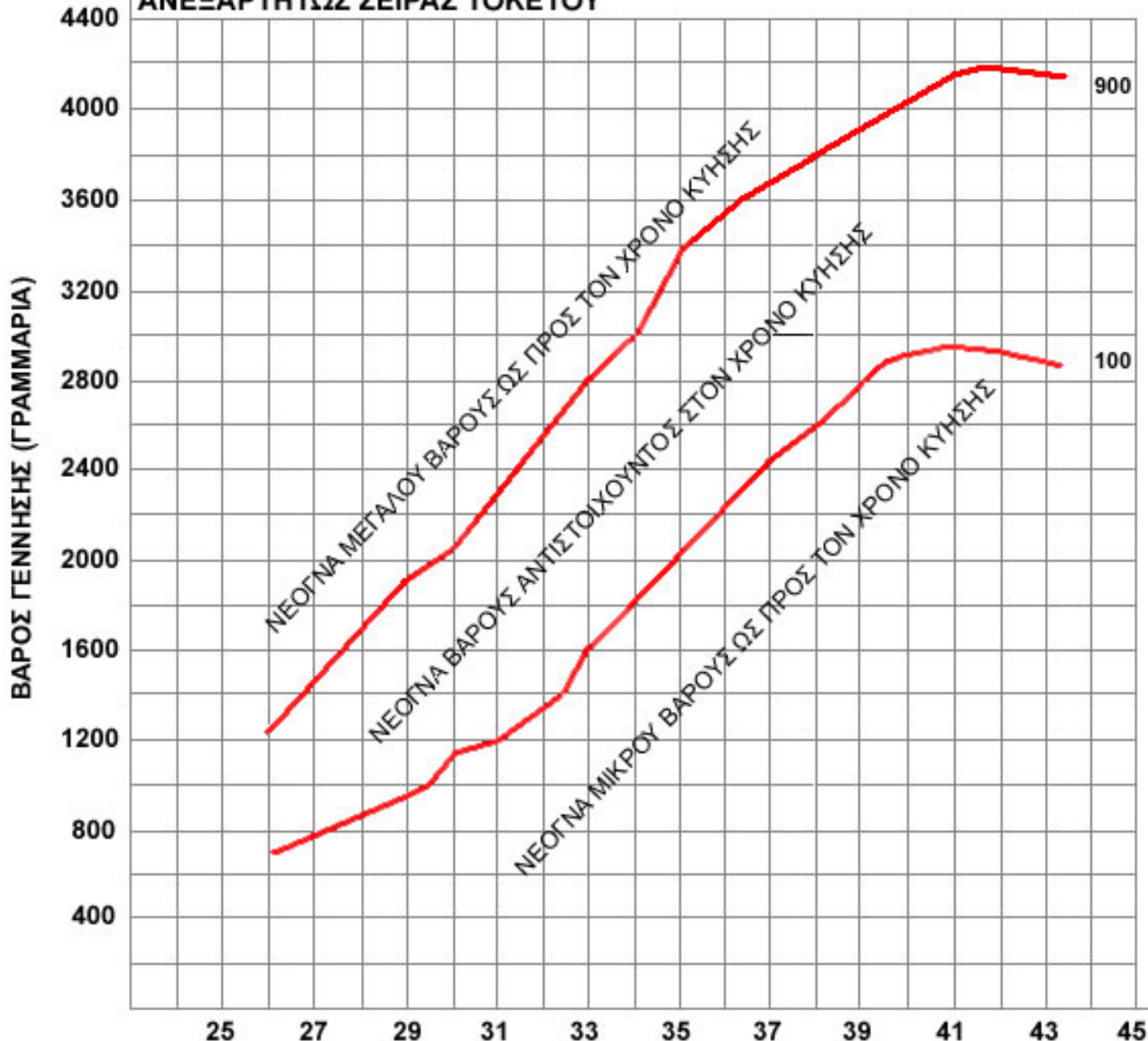
Ερυθρά: Νόσησε;  Εμβόλιο;  Τοξοπλάσμωση:  CMV: Έρπης γεννητικών οργάνων:  Άλλα: Ετερόζυγος Β μεσογειική αναιμία: Ετερόζυγος δρεπανοκυτταρική αναιμία: Άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες: Στοιχεία ιστορικού προηγούμενων κυήσεων, αποβολές, συγγενείς ανωμαλίες: Καπνίστρια:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  Αριθμός τσιγάρων: 

## ΝΕΟΓΝΟ

## APGAR

|                          |                      |                   |                      |                  |                      |           |                      |             |    |    |     |
|--------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|------------------|----------------------|-----------|----------------------|-------------|----|----|-----|
| Ομάδα νεογνού:           | <input type="text"/> | Rh νεογνού:       | <input type="text"/> | AM. 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 <sub>2</sub> με μάσκα: | <input type="text"/> | Διασωλήνωση:      | <input type="text"/> |                  |                      |           |                      | Αντανακλ.   |    |    |     |
| Ενδοτραχ. Αναρρόφηση:    | <input type="text"/> | Φάρμακα:          | <input type="text"/> |                  |                      |           |                      |             |    |    |     |
| Άλλα:                    | <input type="text"/> |                   |                      |                  |                      |           |                      | ΣΥΝΟΛΟ      |    |    |     |

## ΑΡΡΕΝΑ ΚΑΙ ΘΗΛΕΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΣΕΙΡΑΣ ΤΟΚΕΤΟΥ



### 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 |
| 00       | 35°     |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |
| 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;  Οισοφάγος;  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**

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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



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



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



**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 - 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

**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:   | <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"/> |

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ

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

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΕΞΕΤΑΣΗ

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

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

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

|              |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|
| Αιματοκρίτης |  |  |  |  | Χολερυθρίνη      |  |  |  |  |
| Αιμοσφαιρίνη |  |  |  |  | SGOT(AST)        |  |  |  |  |
| Αιμοπετάλια  |  |  |  |  | SGPT(ALT)        |  |  |  |  |
| Λευκά        |  |  |  |  | γGT              |  |  |  |  |
| Τύπος λευκών |  |  |  |  | Αμυλάση          |  |  |  |  |
|              |  |  |  |  | CPK              |  |  |  |  |
| Κ            |  |  |  |  | CK-MB            |  |  |  |  |
| Na           |  |  |  |  | LDH              |  |  |  |  |
| Ουρία        |  |  |  |  | Αлкаλ. 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-υπογρ. | Ώρα-υπογρ. | Ώρα-υπογρ. | Ώρα-υπογρ. | Ώρα-υπογρ. | Ώρα-υπογρ. |
|----------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|          |             |            |            |            |            |            |            |
|          |             |            |            |            |            |            |            |
|          |             |            |            |            |            |            |            |
|          |             |            |            |            |            |            |            |
|          |             |            |            |            |            |            |            |
|          |             |            |            |            |            |            |            |

**ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ**

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

**ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ**

| Ώρα | ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ | LEVIN    | ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ - ΕΜΕΤΟΙ |  |
|-----|---------------|----------|--------------------|--|
|     | Ποσότητα      | Ποσότητα | Ποσότητα           |  |
|     |               |          |                    |  |
|     |               |          |                    |  |
|     |               |          |                    |  |
|     |               |          |                    |  |
|     |               |          |                    |  |
|     |               |          |                    |  |
|     |               |          |                    |  |

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ**

|             |   |    |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Θερμοκρασία | * | 42 | 240 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   | 41 | 220 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Αναπνοές    | ο | 40 | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   | 39 | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Σφύξεις     | ● | 38 | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   | 37 | 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Πίεση       | χ | 36 | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   | 35 | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   | 34 | 80  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   |    | 60  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   |    | 40  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   |    | 20  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ**

| Ώρα | °C | ΑΠ | Σφύξεις | Αναπν. | Ώρα | °C | ΑΠ | Σφύξεις | Αναπν. |
|-----|----|----|---------|--------|-----|----|----|---------|--------|
|     |    |    |         |        |     |    |    |         |        |
|     |    |    |         |        |     |    |    |         |        |
|     |    |    |         |        |     |    |    |         |        |
|     |    |    |         |        |     |    |    |         |        |
|     |    |    |         |        |     |    |    |         |        |

**ΕΚΒΑΣΗ**

**ΕΞΙΤΗΡΙΟ:**

Με εντολή ιατρού

Εξέρχεται με δική του/της ευθύνη

Υπογραφή Ιατρού

Υπογραφή ασθενούς

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ:

**ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ:**

Σε άλλο νοσοκομείο:

Σε ιδιωτική κλινική:

Στην οικία του:

Αλλού (που);:

Ημερομηνία εξόδου:

Ώρα εξόδου:

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Η Προϊσταμένη

Ο/Η Ιατρός



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Δ.Υ.ΠΕ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Παραπέμπων Ιατρός:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος:

Κλίνη:

12

431

## ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ

### 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"/> |

### ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Προς το Τμήμα:

Παράκληση για εξέταση από ιατρό ειδικότητας:

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

|      |
|------|
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |

### ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

|      |
|------|
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |
| <br> |

Ημερομηνία

Ο παραπέμπων Ιατρός

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός





Αρ. Μητρ. Ασθ:   
Θάλαμος:  Κλίνη:

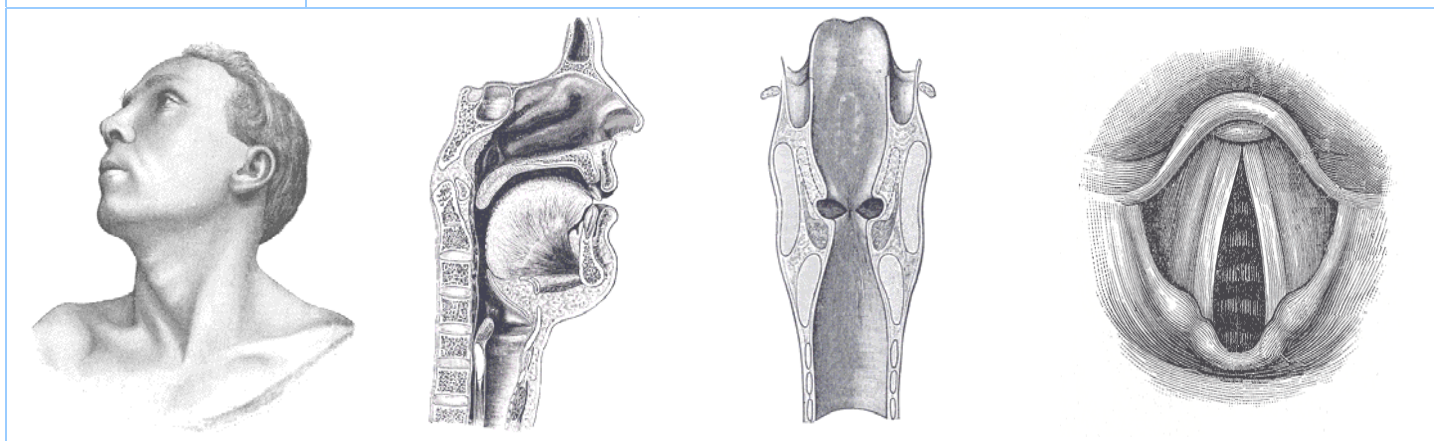
## ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

### 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

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



Ημ/νία:

Ο 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"/> |

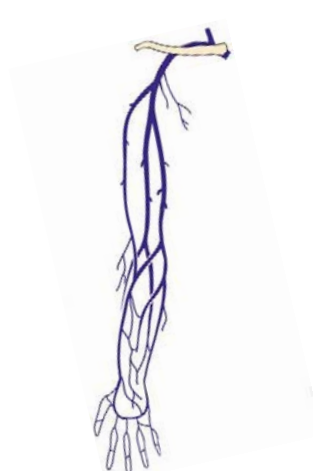
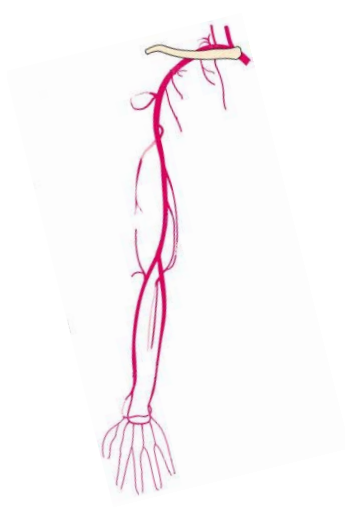
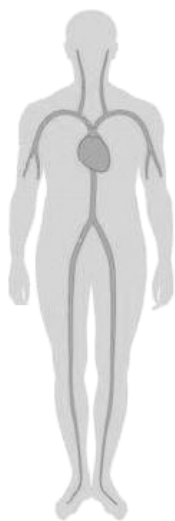
### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

#### 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

|                | A                    | Δ                    |           | A                    | Δ                    |                     | A                    | 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. Ασφ.: | <input type="text"/> |

### ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τ.Ε.Ρ.:  Π.Η.Τ.:  Τοκετός:

HBsAg  HCV  HIV  VDRL/RPR  Σακχ. Διαβήτης:

Ομάδα αίματος:  Rh μητέρας:  Rh πατέρα:

Γεν. αίματ: Ερυθρά:  Hb:  Ht:  Λευκά:  Τύπος:

Ημερ/νία  Fe ορού:  Ηλεκτροφόρηση Hb:

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







## 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:  |                             |                             |                               |                            |
| <b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:</b><br>Αναπνευστικά νοσήματα<br>Ενδοκαρδίτιδα – βαλβιδοπάθεια – αρρυθμία – στεφανιαία νόσος – συγγενής καρδιοπάθεια<br>Επιληψία – μυασθένεια – Χ.Ν.Α.<br>Σακχαρώδης διαβήτης – θυρεοειδοπάθεια – ιστορικό σοβαρής αιμορραγίας<br>Λοιμώδη νοσήματα – HBV – HCV – HIV – άλλα<br>Κύηση - Αλλεργίες |                             |                             |                               |                            |
| <b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :</b><br>Αντιπηκτικά – ασπιρίνη – αντιαιμοπεταλιακά - μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη - άλλα   |                             |                             |                               |                            |
| <b>ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ :</b><br>α/α, βαριούχ. υποκλυσμός – υπερηχο-γραφήματα-αξονικές τομογραφίες – κλπ.   |                             |                             |                               |                            |
| <b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ :</b>   |                             |                             |                               |                            |
| 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

|   |
|---|
| <div data-bbox="1069 638 1476 1108"></div>  |
| <div data-bbox="1061 1265 1500 1736"></div> |

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός



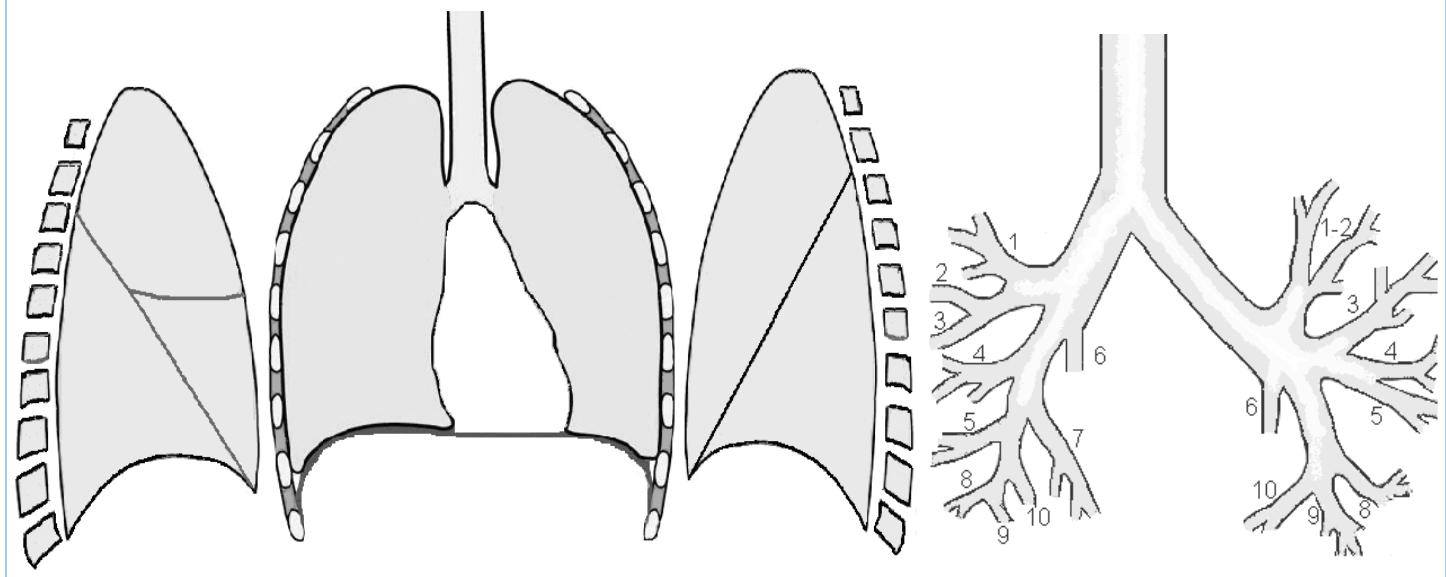
Αρ. Μητρ. Ασθ:   
 Θάλαμος:  Κλίνη:

## 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.     |           |                    |           |

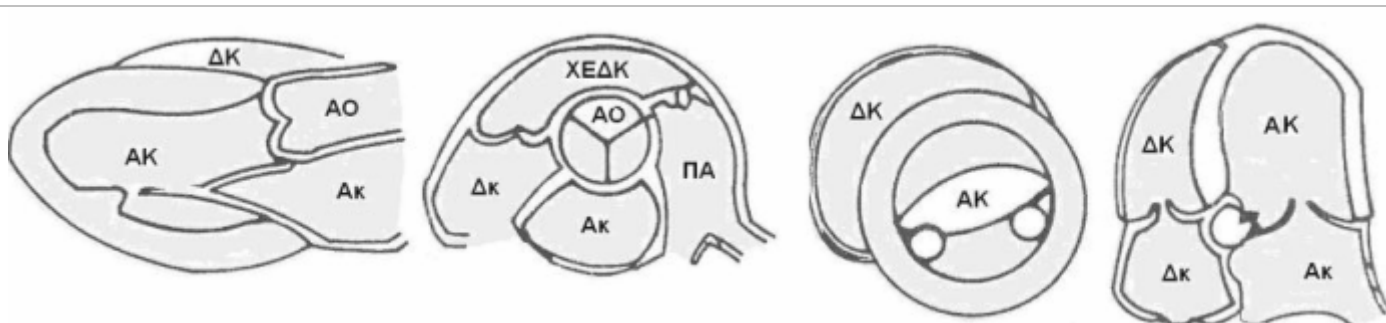
#### ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ:

#### ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ DOPPLER

|                    | Ευρήματα | Vmax - Vmed | Επιφάνεια (cm <sup>2</sup> ) | 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

#### 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

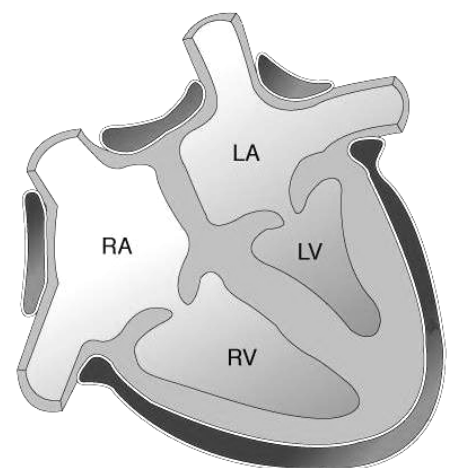
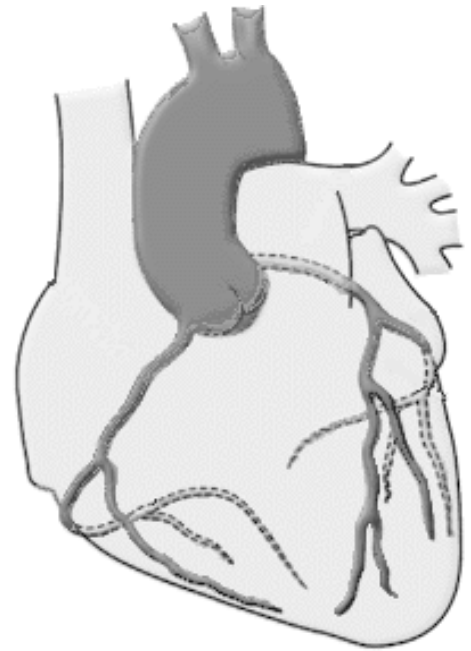
ΕΝΔΕΙΞΗ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ – ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

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

ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ:

ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ:

| ΠΙΕΣΕΙΣ                              | mmHg                 | SO <sub>2</sub>      |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 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 ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
Δ.Υ.ΠΕ.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΚΛΙΝΙΚΗ:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ:

ΑΙΘΟΥΣΑ:

Ημ/νία:

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

| A/A | 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.:

Θάλαμος:  Κλίνη:

## ΠΡΟΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

|                          |                      |        |                      |                    |                      |
|--------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Επώνυμο:                 | <input type="text"/> | Όνομα: | <input type="text"/> | Πατρώνυμο:         | <input type="text"/> |
| Ηλικία:                  | <input type="text"/> | Βάρος: | <input type="text"/> | Κλινική Νοσηλείας: | <input type="text"/> |
| Προεγχειρητική διάγνωση: | <input type="text"/> |        |                      |                    |                      |
| Προβλεπόμενη επέμβαση:   | <input type="text"/> |        |                      |                    |                      |

|                           |         |                      |                  |                      |                               |                                  |
|---------------------------|---------|----------------------|------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Πρώτη αναισθ. εκτίμηση:   | Ημ/νία: | <input type="text"/> | Αναισθησιολόγος: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ε.Ι. | <input type="checkbox"/> Κλινική |
| Δεύτερη αναισθ. εκτίμηση: | Ημ/νία: | <input type="text"/> | Αναισθησιολόγος: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ε.Ι. | <input type="checkbox"/> Κλινική |

|   |      |      |          |             |                            |                 |                    |
|---|------|------|----------|-------------|----------------------------|-----------------|--------------------|
| Φυσική κατά-<br>σταση κατά ASA<br>1 2 3 4 5 E | Κ.Σ. | Α.Π. | Αναπνοές | Θερμοκρασία | Κλίμ. κώματος<br>Γλασκώβης | Μονάδες αίματος | Ομάδα αίματος - Rh |
|---|------|------|----------|-------------|----------------------------|-----------------|--------------------|

| Εργαστηριακά     |                   |                  |                       |            | Τελευταίο γεύμα: |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------------|------------|------------------|
| Αιμοσφαιρίνη     | Λευκώματα ολικά   | Αλκαλ. Φωσφατ.   | Ανάλυση ούρων         | Αλλεργίες: |                  |
| Αιματοκρίτης     | Λευκωματίνες      | PT               |                       |            |                  |
| Λευκά            | Σφαιρίνες         | PTT              |                       |            |                  |
| Αιμοπετάλια      | Χολερυθρίνη ολική | Ινωδογόνο        |                       |            |                  |
| K <sup>+</sup>   | Άμεση Χολερ.      | F <sub>O2</sub>  | Παρούσα φαρμακ. αγωγή |            |                  |
| Na <sup>+</sup>  | Έμμεση Χολερ.     | pH               |                       |            |                  |
| Σάκχαρο          | LDH               | PO <sub>2</sub>  |                       |            |                  |
| Ουρία            | SGOT              | PCO <sub>2</sub> |                       |            |                  |
| Κρεατινίνη       | SGPT              | HCO <sub>3</sub> |                       |            |                  |
| Ουρικό οξύ       | CPK               | BE               |                       |            |                  |
| Ca <sup>++</sup> | γ-GT              | SaO <sub>2</sub> |                       |            |                  |

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| Ακτινολογικός έλεγχος ΗΚΓ          | <input type="text"/> |
| Ιστορικό αναισθησίας               | <input type="text"/> |
| Ιατρικό ιστορικό - Κλινική εξέταση | <input type="text"/> |
| Αναπνευστικό - Κυκλοφορικό         | <input type="text"/> |

ΣΧΕΔΙΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ:

| ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ |         |      | ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΕΣ |  |
|------------|---------|------|-----------------------------|--|
| Ώρα        | Φάρμακο | Δόση | Οδός χορήγησης              |  |

| ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ |                      |
|-------------------------|----------------------|
| <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"/> |

Ημ/νία – Ώρα:  Αναισθησιολόγος:

Όνοματεπώνυμο - υπογραφή

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

|                           |                               |                                 |   |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|
| Όνοματεπώνυμο ασθενούς:   | <input type="text"/>          | Χειρ. αίθουσα:                  | <input type="text"/>  |
| Διάγνωση – Επέμβαση:      | <input type="text"/>          |                                 |   |
| Χειρουργοί:               | <input type="text"/>          |                                 |   |
| Αναισθησιολόγοι:          | <input type="text"/>          |                                 |   |
| Ημ/νία επέμβ.:            | Ώρα:                          | Χρόνος αναισθ.:                 | Χρόνος επέμβ.:  |
| Αναισθησιολογική τεχνική: |                               |                                 |   |
| Αποτέλεσμα προνάρκωσης:   | Καλό <input type="checkbox"/> | Μέτριο <input type="checkbox"/> | Ανεπαρκές <input type="checkbox"/>  |
| Φλεβικές γραμμές:         |                               |                                 | Levin <input type="checkbox"/>  |
| Αεροφόροι οδοί:           |                               |                                 | Θέση ασθενούς: Ξύπnios <input type="checkbox"/> Folley <input type="checkbox"/> |

|                     |                               |        |
|---------------------|-------------------------------|--------|
| Λοιπές πληροφορίες: | ΔΣΛ λάμα, Νο ΕΤΣ, grade, κλπ. |        |
| ώρα                 |                               | Σύνολο |
| VT/RR               |                               |        |
| F <sub>O2</sub>     |                               |        |
| αέριο               |                               |        |

|                      |  |  |    |
|----------------------|--|--|----|
| EtCO <sub>2</sub>    |  |  |    |
| PIP/Pplat            |  |  |    |
| CVP/PCWP             |  |  |    |
| PAP                  |  |  |    |
| Υγρα                 |  |  |    |
| Αίμα/παραγ           |  |  |    |
| Ούρα                 |  |  |    |
| Απώλειες             |  |  |    |
| σύμβολα              |  |  |    |
| civ220               |  |  | 43 |
| civ200               |  |  | 42 |
| civ180               |  |  | 41 |
| civ160               |  |  | 40 |
| 140                  |  |  | 39 |
| 120                  |  |  | 38 |
| 100                  |  |  | 37 |
| 80                   |  |  | 36 |
| 60                   |  |  | 35 |
| 40                   |  |  | 34 |
| 20                   |  |  | 33 |
| pH                   |  |  |    |
| PaO <sub>2</sub>     |  |  |    |
| PaCO <sub>2</sub>    |  |  |    |
| HCO <sub>3</sub> /BE |  |  |    |
| Na/K                 |  |  |    |
| Ht/Hb                |  |  |    |

| ΦΑΡΜΑΚΑ | ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ – ΑΝΑΠΝΟΗ | ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΟΔΟΥ          | Αξιολόγηση πόνου I II III IV V     |
|---------|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|
|         |                       | Επίλ. συνείδ.:            | Μετεγχειρ. αναλγησία - υποστήριξη: |
|         |                       | Κινητικότητας κάτω άκρων: |                                    |
|         |                       | SPO <sub>2</sub>          |                                    |
|         | Επίπεδο αναισθησίας:  | ΑΠ/σφύξεις:               | Ώρα εξόδου:                        |

Αναισθησιολογικές παρατηρήσεις – συμβάματα – επιπλοκές:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή)



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:           |                              |                               | Χειρουργός:                         |                 |                      |
| Επέμβαση:                  |                              |                               |                                     |                 |                      |

### ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

|  |   |                    |       |                    |  |                     |  |
|--|---|--------------------|-------|--------------------|--|---------------------|--|
| A. Σημαντικές μεταβολές των ζωτικών σημείων: Θερμ/σία: |   | Αρτ. Πίεση:        |       | Αναπνοές:          |  | Σφύξεις:            |  |
| B. Άλλες μεταβολές:                                    |   | CVP:               |       | PAP:               |  | WP:                 |  |
|  |   | SvO <sub>2</sub> : |       | SaO <sub>2</sub> : |  | EtCO <sub>2</sub> : |  |
| Γ. Χορήγηση υγρών:                                     |   | Υγρά:              |       | Αίμα:              |  | Πλάσμα:             |  |
| Δ. Χορήγηση O <sub>2</sub> :                           | FIO <sub>2</sub> : <input type="text"/> | Έναρξη:            | Λήξη: | Μέθοδος:           |  |                     |  |
| 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 <sub>2</sub>           |  |  |  | Ούρα             |           |        |
| PaO <sub>2</sub>           |  |  |  | Γαστρ. αναρρόφ.  |           |        |
| PaCO <sub>2</sub>          |  |  |  | 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 |





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"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος:  Κλίνη:

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### 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, 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 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



Ημ/νία:   
Αρ. Μητρ. Ασθ:

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

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

Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

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

είδος επέμβασης

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Όνοματεπώνυμο ιατρού: | <input type="text" value="Χειρουργός"/>     |
| Όνοματεπώνυμο ιατρού: | <input type="text" value="Ανασθησιολόγος"/> |

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

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

|   |
|---|
| <b>Είδος επέμβασης - αναγκαιότητα - σκοπός:</b>   |
| <b>Πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση:</b>  |
| <b>Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:</b><br>(α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.<br>(β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.<br>(γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.<br>(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: | <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 ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ, Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο 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:

- 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: | <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 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:

- 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:

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



## 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:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος ή προϊόντων του αίματος, κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
4. 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:

1. Θάνατος, σε ποσοστό μέχρι 1 τοις εκατό.
2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι 2 τοις εκατό.
3. Εγκεφαλικό επεισόδιο, μέχρι 6 τοις χιλίσις.
4. Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία
5. .

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 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="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 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="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 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. Θάνατος, σε ποσοστό μέχρι 1 τοις χιλίοις στη στεφανιογραφία, ή μέχρι 1 τοις εκατό στην αγγειοπλαστική.
2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι 3 τοις χιλίοις στη στεφανιογραφία, ή μέχρι 2 τοις εκατό στην αγγειοπλαστική.
3. Εγκεφαλικό επεισόδιο, μέχρι 6 τοις χιλίοις.
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





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



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

(ημερομηνία)

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 βιβλιário ασθενείας.

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





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/στην

υπό 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)

