

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/-ΗΣ
(Συμπληρώνεται από τον Ιατρό)

| | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΗΛΙΚΙΑ: | ΒΑΡΟΣ: | ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | |
| ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ : | | | |
| <u>ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ – ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ:</u> | | | |
| <u>ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :</u> | | | |
| <u>ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/-ΗΣ :</u> | | | |
| ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΟΣ | <input type="checkbox"/> | ΚΑΡΕΚΛΑ | <input type="checkbox"/> ΕΠΙ ΚΛΙΝΗΣ <input type="checkbox"/> |
| <u>ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ :</u> | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ : | | | |
| Αλλεργία σε σκιαγραφικό | <input type="checkbox"/> | HEP B | <input type="checkbox"/> HEP C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> |
| Άλλο: _____ | | | |
| ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (ημερομηνία – περιγραφή): | | | |
| ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ημερομηνία – περιγραφή): | | | |
| ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | Hct: | TKE: | CRP: |
| | WBC: | Urea: | Creatinine: |
| Ημερομηνία | Όνομα & Υπογραφή Ιατρού | | |