



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΙΑΦΘΑΡΑΣ
ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2 φύλλα
1ο προς-πίσω (σφ. 1 και 2)
2ο προς (σφ. 3)
1/3
ΚΩΔ. Ν001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	Επάγγελμα:
Υπηκοότητα:	Ασφαλιστικός Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφάλισης:
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

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

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

Λοιμώδη Νοσήματα:

Προηγούμενη Εισαγωγή σε Νοσοκομείο - Αιτία Εισαγωγής:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ημερομηνία:

Πιθανή Διάγνωση Εισόδου:

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

Ζωτικά σημεία:	Αρτ. Πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θερμ/σία (0C):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O ₂ :				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Υψος (cm):	Βάρος(kg):		
Ομιλία:	Καλή: <input type="checkbox"/>	Βράγχος: <input type="checkbox"/>	Δεν μπορεί να μιλήσει: <input type="checkbox"/>	Ομιλεί ξένη γλώσσα: <input type="checkbox"/>
Ακοή:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Βαρηκοΐα: <input type="checkbox"/>	Κώφωση: <input type="checkbox"/>	
Όραση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>	Τύφλωση: <input type="checkbox"/>	
Βάδιση:	Κανονική: <input type="checkbox"/>	Υποβοηθούμενη: <input type="checkbox"/>		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΔΕΡΜΑ

Χρώμα :	Φυσιολογικό:	<input type="checkbox"/>
	Κυανωτικό:	<input type="checkbox"/>
Εξανθήματα:	Ίκτερικό:	<input type="checkbox"/>
	Ωχρο:	<input type="checkbox"/>
Έλκη:	<input type="checkbox"/>	
Εκδορές:	<input type="checkbox"/>	
Κατακλίσεις:	<input type="checkbox"/>	

Παρατηρήσεις:

ΠΟΝΟΣ

Ναι Όχι

Εάν ναι, χρήση της Κλίμακας NRS:

Πως περιγράφει ο ασθενής τη βαρύτητα του πόνου;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Απουσία πόνου	Ήπιος πόνος			Μέτριος πόνος			Σοβαρός Πόνος			

Παρατηρήσεις:

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Καρδιακός ρυθμός:	Ρυθμικός:	<input type="checkbox"/>	Άρρυθμος:	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση:	Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>

Παρατηρήσεις:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

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

Παρατηρήσεις:

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

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

Παρατηρήσεις:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

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

Παρατηρήσεις:

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Σακχαρώδης Διαβήτης: Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος):
 Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος):

Διαταραχές θυρεοειδούς: Υπερθυρεοειδισμός: Υποθυρεοειδισμός:

Παρατηρήσεις:

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Χωρίς συμπτώματα:

Επίπεδο συνείδησης: Προσανατολισμένος (σε τόπο-χρόνο-πρόσωπα):
 Σύγχυση ή Λήθαργος:
 Κώμα:

Κορικές Ενδείξεις οφθαλμών: Διεσταλμένες κόρες: Ανισοκορία:

Επιληπτικές κρίσεις: Ναι Όχι

Παρατηρήσεις:

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΩΓΗ

A/A	Είδος	Δόση

Ο/Η Νοσηλεύτρια/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΩΡΑ	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ						ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ			ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΣΩΡΥ:	ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΣΩΡΥ:	ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΣΩΡΥ:	ΟΝΟΜ/ΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΣ			ΕΝΤΕΡΙΚΩΣ			ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ				
	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml/h)	ΡΟΗ (ml/h)	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ							
07-08													
08-09													
09-10													
10-11													
11-12													
12-13													
13-14													
14-15													
ΣΥΝΟΛΟ													
15-16													
16-17													
17-18													
18-19													
19-20													
20-21													
21-22													
22-23													
ΣΥΝΟΛΟ													
23-24													
24-01													
01-02													
02-03													
03-04													
04-05													
05-06													
06-07													
ΣΥΝΟΛΟ													
ΣΥΝΟΛΟ 24ΩΡΟΥ													
ΙΣΟΖΥΓΙΟ 24ΩΡΟΥ:													



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Ημερομηνία εισαγωγής:		

ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	Rh:	Προγραμματισμένη μετάγγιση: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα μετάγγιση: <input type="checkbox"/>
Προηγούμενες μεταγγίσεις:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Εάν ναι ημερομηνία:	
Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε:			
Ποσότητα: ml	ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ:	<input type="checkbox"/> ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ	<input type="checkbox"/> ΠΛΑΣΜΑ (FFP) <input type="checkbox"/> ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT) <input type="checkbox"/> ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ
Τύπος / μέγεθος καθετήρα:		Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ		<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΚΟΥ	
Ωρα Έναρξης:		Ωρα λήξης:	

	ΠΡΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	15 ΛΕΠΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ						ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ
			ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ									
ΣΦΥΞΕΙΣ									
ΑΝΑΠΝΟΕΣ									
ΑΡΤΗΡ. ΠΙΕΣΗ									

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

ΕΜΕΤΟΣ									
ΝΑΥΤΙΑ									
ΔΥΣΠΝΟΙΑ									
ΔΥΣΦΟΡΙΑ									
ΡΙΓΟΣ									
ΠΥΡΕΤΟΣ									
ΕΡΥΘΗΜΑ/ΕΞΑΝΘΗΜΑ									
ΚΝΗΣΜΟΣ									
ΑΛΓΟΣ (ΚΟΙΛΙΑΚΟ Ή ΘΩΡΑΚΙΚΟ)									
ΑΛΛΟ:									

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Όνομ/σια, δόση, οδός, ώρα, ονομ/μο)

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:

--



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Ημερομηνία εισαγωγής:		

ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΝ ΑΙΜΑ Ή ΠΡΟΪΟΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ολικό αίμα <input type="checkbox"/>	Ερυθρά <input type="checkbox"/>	Αιμοπετάλια <input type="checkbox"/>	Πλάσμα <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία μετάγγισης:	Ώρα:	Ώρα έναρξης αντίδρασης:		
Ποσότητα μετάγγισης:	ml	Αριθμός Μονάδας:		

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΣΗΜΕΙΑ	ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
Θερμοκρασία			Δυσφορία <input type="checkbox"/>	Ρίγος <input type="checkbox"/>
Αρτηρ. Πίεση (mmHg):			Πυρετός <input type="checkbox"/>	Εμετός <input type="checkbox"/>
Σφίξεις (/min):			Ερύθημα <input type="checkbox"/>	Ναυτία <input type="checkbox"/>
Αιμοσφαιρινουρία:			Κνησμός <input type="checkbox"/>	Ίκτερος <input type="checkbox"/>
			Εξάνθημα <input type="checkbox"/>	Απώλεια ούρων <input type="checkbox"/>
			Δύσπνοια <input type="checkbox"/>	Απώλεια κοπράνων <input type="checkbox"/>
			Οσφυαλγία <input type="checkbox"/>	Απώλεια συνείδησης <input type="checkbox"/>
			Θωρακικό ή κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/>	

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΗΜΕΙΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ
ΒΑΘΜΟΣ I ΟΧΙ ΣΟΒΑΡΗ	Μόνο εξάνθημα <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης 2. Χορήγηση αντισταμινικών 3. Αν δεν αντιδράσει στα παραπάνω, εφαρμόζονται οι οδηγίες του βαθμού II
ΒΑΘΜΟΣ II ΣΟΒΑΡΗ	Ρίγη <input type="checkbox"/> Πυρετός <input type="checkbox"/> Ανησυχία <input type="checkbox"/> Ταχυσφυγμία <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντυπερετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
ΒΑΘΜΟΣ III ΑΜΕΣΗ ΑΠΕΙΛΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	Οξύ άλγος στην οσφύ <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος <input type="checkbox"/> Θωρακικό άλγος <input type="checkbox"/> Πτώση της ΑΠ <input type="checkbox"/> Ολιγουρία <input type="checkbox"/> Αιμορραγία <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντυπερετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
ΒΑΘΜΟΣ IV ΘΑΝΑΤΟΣ	Shock <input type="checkbox"/> Απώλεια ούρων <input type="checkbox"/> Απώλεια κοπράνων <input type="checkbox"/> Απώλεια συνείδησης <input type="checkbox"/>	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Ότι στους βαθμούς I και II 2. Διατήρηση της πίεσης του αίματος 3. Συννέοση με την Αιμοδοσία/ τη ΜΕΘ/ τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αποστείλατε στην αιμοδοσία τη μονάδα του μετανιζόμενου αίματος / προϊόντος, φιαλίδιο γενικής αίματος και δείγμα ορού σε πήγμα από τον ασθενή.
ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΑΡΑΔΙΔΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ NORTON

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Διάγνωση:	Συνοδές Παθήσεις:	
Ημερομηνία Εισαγωγής:	Ημερομηνία Εξόδου:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ								
Καλή	4								
Μέτρια	3								
Κακή	2								
Πολύ κακή	1								
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ									
Διαύγεια	4								
Απάθεια	3								
Σύγχυση	2								
Κώμα	1								
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ									
Περιπατητικός	4								
Περπατάει με βοήθεια	3								
Κάθεται στην καρέκλα	2								
Κατακεκλιμένος	1								
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ									
Πλήρης	4								
Ελαφρά περιορισμένη	3								
Πολύ περιορισμένη	2								
Ακινησία	1								
ΑΚΡΑΤΕΙΑ									
Απούσα/Καθητήρας	4								
Ακράτεια ούρων	3								
Ακράτεια κοπράνων	2								
Ακράτεια ούρων και κοπράνων	1								
ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ									
Φυσιολογική	4								
Μικρή	3								
ΡΙνογαστρικός καθετήρας/Υγρά	2								
Τίποτε από το στόμα/Ανορεξία	1								
ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ									
Φυσιολογικό βάρος	4								
Παχυσαρκία	3								
Καχεξία	2								
Οίδημα	1								

SCORE

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NORTON SCORE

SCORE > 19:	Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά πενήντημερο.
SCORE ≤ 19:	Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησης ανα 3ήμερο.
Ανεξαρτήτως SCORE:	Επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από κάθε αλλαγή της κατάστασής του και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	
Διάγνωση:	Συνοδές Παθήσεις:	
Ημερομηνία εισαγωγής:	Εξόδου:	Ημερομηνία Εκτίμησης: Επανεκτίμησης:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:	ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	
	ΧΡΩΜΑ:	<input type="checkbox"/> ΕΡΥΘΡΟ <input type="checkbox"/> ΚΥΑΝΟ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ		
ΣΤΕΓΝΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΥΓΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΣΚΛΗΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΘΕΡΜΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΨΥΧΡΟ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	ΕΣΧΑΡΑ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
ΕΞΙΔΡΩΜΑ:	<input type="checkbox"/> ΟΡΩΔΕΣ <input type="checkbox"/> ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ <input type="checkbox"/> ΠΥΩΔΕΣ			
ΟΣΜΗ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
ΠΟΝΟΣ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			

ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΥΑΡ)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχειας	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Μερικού πάχους απώλεια δέρματος	Επηρεάζει την επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται κλινικά σαν εκδορά ή σαν φλύκταινα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περιλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ ,στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθει ιστών	Μωβ ή κυανέρυθη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιπολούς δέρματος ή φυσαλίδα γεμάτη με αίμα εξαιτίας βλάβης των υποκείμενων μαλακών μορίων. Οι παρακείμενοι ιστοί μπορεί να είναι σφικτοί, μαλακοί, εύθρυπτοι, ψυχροί ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (MORSE FALL SCALE)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
Επώνυμο:	Όνομα: Πατρώνυμο:	
Ημερομηνία Γέννησης (ηλικία):		
Ημερομηνία εκτίμησης:		
Ημερομηνία επανεκτίμησης:		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		SCORE
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΤΩΣΗΣ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (βαθμολογία με 25)	
ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ/ ΔΕΥΤΕΡΕΟΥΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (βαθμολογία με 15)	
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ	<input type="checkbox"/> καμία ή με βοήθεια από τον επαγγελματία υγείας (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> κάνει χρήση βοηθήματος (κηδομένες, πατερίτσες, κα) (βαθμολογία με 15) <input type="checkbox"/> σε πλήρη εξάρτηση από βοηθήματα (βαθμολογία με 30)	
ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (βαθμολογία με 20) ΓΡΑΜΜΗ: <input type="checkbox"/> ΚΕΝΤΡΙΚΗ <input type="checkbox"/> ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ	
ΒΑΔΙΣΗ	<input type="checkbox"/> κανονική/ακίνησια (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> αδύναμη/ασταθής (βαθμολογία με 10) <input type="checkbox"/> αναπηρία (βαθμολογία με 20)	
ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	<input type="checkbox"/> γνωρίζει την κατάσταση του (βαθμολογία με 0) <input type="checkbox"/> υπερεκτιμά ή ξεχνά την κατάσταση του (βαθμολογία με 15)	
		ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE
ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	MORSE FALL SCALE SCORE	ΔΡΑΣΗ
<input type="checkbox"/> Χωρίς κίνδυνο	0-24	Βασική νοσηλευτική φροντίδα
<input type="checkbox"/> Χαμηλός κίνδυνος	25-45	Ασθενής σε κίνδυνο για πτώση. Ασθενής υπο επιτήρηση. Εβδομαδιαία επαναξιολόγηση.
<input type="checkbox"/> Υψηλός κίνδυνος	≥46	Ασθενής σε μεγάλο κίνδυνο για πτώση. Να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και να βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση.
ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:		



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

↓ 10/10 (100-115ω) 1/2
02-11-20
ΚΩΔ. Ν010

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΜΕΘ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία Γέννησης:		
Ημερομηνία εισαγωγής στη ΜΕΘ:		
Ημερομηνία διακομίδης:		

ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΩΡΑ:	ΑΡΤΗΡ. ΠΙΕΣΗ: (mmHg)	ΣΦΥΞΕΙΣ:	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ:	ΑΝΑΠΝΟΕΣ:
------	----------------------	----------	-----------	-----------

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τραχειοσωλήνας:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία τοποθέτησης:	Ημερομηνία αλλαγής:
Χορήγηση O ₂ :	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Ρινικός καθετήρας: lt/min	Μάσκα Venturi FiO ₂ :

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Levin:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Feeding Tube:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
--------	--	---------------	--

Εντερική διατροφή/Δίαιτα:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Καθετήρας:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Είδος:	Νούμερο:	Ημερομηνία τοποθέτησης:
------------	--	--------	----------	-------------------------

ΔΕΡΜΑ

Κατακλίσεις:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Θέση:
Χειρουργικό τραύμα:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Θέση:

ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Περιφερική:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Νούμερο:	Θέση:	Ημερομηνία τοποθέτησης:
Κεντρική:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Είδος:	Θέση:	Ημερομηνία τοποθέτησης:

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ

Είδος:	Θέση:



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ηλικία:	Αρ. Αστυνομικής Ταυτότητας:	
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΟΤΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα/Κλινική:	Ώρα:	Ημερομηνία παραλαβής:
----------------	------	-----------------------

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

A. ΧΡΗΜΑΤΑ:	
B. ΕΓΓΡΑΦΑ:	
Γ. ΤΙΜΑΛΦΗ (πολύτιμα αντικείμενα π.χ. κοσμήματα, ρολόγια):	
Δ. ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ:	

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.		
2.		

ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΣΕ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Παραδόθηκε στ...ν με ΑΔΑΤ:.....
 από τ...ν με ΑΔΑΤ:.....
 στις/...../..... τα παραπάνω είδη προς φύλαξη.

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ/ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ ΑΛΛΟ

Τα παραπάνω είδη παραλήφθηκαν από τ...ν
 του....., με ΑΔΑΤ:....., τηλ:..... στις/...../.....
 από τ...ν με ΑΔΑΤ:.....
 Και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια. Σχέση με τον δικαιούχο:.....

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



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____
 Ημερομηνία Γέννησης: _____
 Ημερομηνία: _____
 ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: _____ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:																															
ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:																															
ΜΕΤΕΓΧ. ΗΜΕΡΑ:																															
ΑΠ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	0	12	18	24	0	12	18	24	0	12	18	24	0	12	18	24	0	12	18	24	0	12	18	24				
300	60	160	41																												
250	50	140	40																												
200	40	120	39																												
150	30	100	38																												
100	20	80	37																												
50	10	60	36																												
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ																															
ΚΕΝΩΣΕΙΣ																															
ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:					ΗΜ/ΝΙΑ:																
ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	SpO ₂	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	SpO ₂	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	SpO ₂	ΩΡΑ	ΑΠ	ΣΦ	Θ	SpO ₂												