



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 διακομιδής:				
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:			

100045

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΥΓΡΑ

Είδος:	Ποσό:	Ώρα εφαρμογής:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Όνομασία φαρμάκου	Δόση	Οδός χορήγησης	Ώρες χορήγησης

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο/Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΜΕΘ

(ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ)