



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:	Ώρα Εισαγωγής:	
Είδος εισαγωγής	Επείγουσα: <input type="checkbox"/>	
Προγραμματισμένη: <input type="checkbox"/>	Τροχήλατη καρέκλα: <input type="checkbox"/>	
Τρόπος Μεταφοράς	Φορείο: <input type="checkbox"/>	
Περιπατητικός: <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Συνοδεύεται	Ναι <input type="checkbox"/>	Άλλο άτομο: <input type="checkbox"/>
Πληροφορίες δίνει:	Ο ασθενής: <input type="checkbox"/>	
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: <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 (οc):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O ₂ :				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Ύψος (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"/>
	Ικτερικό:	<input type="checkbox"/>
	Ωχρό:	<input type="checkbox"/>
Εξανθήματα:	<input type="checkbox"/>	
Έλκη:	<input type="checkbox"/>	
Εκδορές:	<input type="checkbox"/>	
Κατακλίσεις:	<input type="checkbox"/>	

Παρατηρήσεις:

ΠΟΝΟΣΝαι 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 ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα:

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

Παρατηρήσεις:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς 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"/>	Χωρίς απόχρεμψη:	<input type="checkbox"/>		

Παρατηρήσεις:

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς 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: Φυσιολογική, Δυσκοιλιότητα, Διάρροια, Μέλαινα Κένωση, Αιμμοροίδες,
 Διάταση κοιλίας, Κολοστομία

Παρατηρήσεις:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς 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 ΑΓΩΓΗ

A/A	Είδος	Δόση

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)