Υπουργείο Υγείας

ΚΩΔ.N005

ΚΩΔ.N005

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: | Rh: | Προγραμματισμένη μετάγγιση: ◻ Επείγουσα μετάγγιση: ◻ | | | | |
| Προηγούμενες μεταγγίσεις: ΝΑΙ ◻ OXI ◻ | | Εάν ναι ημερομηνία: | | | | |
| Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε: | | | | | | |
| ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ: | | ◻ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ | ◻ ΠΛΑΣΜΑ (FFP) | ◻ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT) | ◻ ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ | ◻ ΑΛΛΟ: |
| Ποσότητα: ml | |
| Τύπος / μέγεθος καθετήρα: | | Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο: ΝΑΙ ◻ OXI ◻ | | | | |
| ◻ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ | | **◻ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΚΟΥ** | | | | |
| Ώρα Έναρξης: | | Ώρα λήξης: | | | | |

**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: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ΠΡΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ | 15 ΛΕΠΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ | ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ | | | | | | | ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ |
| ΩΡΑ: | ΩΡΑ: | ΩΡΑ: | ΩΡΑ: | ΩΡΑ: | ΩΡΑ: | ΩΡΑ: |
| ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ | | | | | | | | | | |
| ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΣΦΎΞΕΙΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΑΝΑΠΝΟΕΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΑΡΤΗΡ.ΠΙΕΣΗ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ANTΙΔΡΑΣΕΙΣ | | | | | | | | | | |
| ΕΜΕΤΟΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΝΑΥΤΙΑ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΔΥΣΠΝΟΙΑ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΔΥΣΦΟΡΙΑ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΡΙΓΟΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΠΥΡΕΤΟΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΕΡΥΘΗΜΑ/ΕΞΑΝΘΗΜΑ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΚΝΗΣΜΟΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΑΛΓΟΣ (ΚΟΙΛΙΑΚΟ Ή ΘΩΡΑΚΙΚΟ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΑΛΛΟ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: |  | | | | | | | | | |
| ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Ονομ/σια, δόση, οδός, ώρα, ονομ/μο) | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ: |  | | | | | | | | | |