Υπουργείο Υγείας

ΚΩΔ.Q001

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ | | | | |
| ΑΣΘΕΝΗΣ: ◻ | **ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ: ◻** | | **Υγειονομικού Προσωπικού: ◻** | |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: | | | | |
| Επώνυμο: | | Όνομα: | | Πατρώνυμο: |
| Διάγνωση εισαγωγής: | | Αριθμός Μητρώου Εισαγωγής: | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | |
| Θεράπων Ιατρός: |  | | | |
| Κλίμακα Morse σκορ κατά την εισαγωγή: | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΣΥΜΒΑΝ/ΑΤΥΧΗΜΑ: | | | |
| ΧΩΡΟΣ: | | **ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:** | **ΔΩΜΑΤΙΟ:** |
| ΩΡΑ: | | | |
| ΜΑΡΤΥΡΑΣ: | NAI ◻ OXI ◻ | | |
| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (εάν δεν αφορά ασθενή μην παραλείψετε να καταγράψετε τα στοιχεία του θύματος): | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

ONOM/MO & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΕΛΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ