



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)	ΣΦΥΞΙΣ:	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ:	ΑΝΑΠΝΟΕΣ:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τραχειοσωλήνας:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Ημερομηνία τοποθέτησης:	Ημερομηνία αλλαγής:
Χορήγηση O ₂ :	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Ρινικός καθετήρας:lt/min	Μάσκα Venturi FiO ₂ :

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Levin:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Feeding Tube:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Εντερική διατροφή/Δίαιτα:			

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Καθετήρας:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Είδος:	Νούμερο:	Ημερομηνία τοποθέτησης:
------------	--	--------	----------	-------------------------

ΔΕΡΜΑ

Κατακλίσεις:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Θέση:		
Χειρουργικό τραύμα:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Θέση:		

ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Περιφερική:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Νούμερο:	Θέση:	Ημερομηνία τοποθέτησης:
Κεντρική:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	Είδος:	Θέση:	Ημερομηνία τοποθέτησης:

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ

Είδος:	Θέση:

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΥΓΡΑ			
Είδος:	Ποσό:		Ώρα εφαρμογής:
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ			
Ονομασία φαρμάκου	Δόση	Οδός χορήγησης	Ώρες χορήγησης
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ			

Ο/Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΜΕΘ
(ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ)