ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

ΟΔΙΠΥ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΚΩΔ.Μ001

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** **ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

**ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:** **ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:** **ΚΛΙΝΗ:**

# ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ημερομηνία εξόδου:

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:** **ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:**

| ΗΜ/ΝΙΑ | ΩΡΑ | ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ /ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΣΕ ΤΗΝ ΟΔΗΓΙΑ | ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

***Μετά από κάθε σειρά ιατρικών οδηγιών σύρετε γραμμή αποπεράτωσης**