



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

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:

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	Rh:	Προγραμματισμένη μετάγγιση: <input type="checkbox"/>	Επείγουσα μετάγγιση: <input type="checkbox"/>			
Προηγούμενες μεταγγίσεις:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Εάν ναι ημερομηνία:				
Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε:						
ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ:		<input type="checkbox"/> ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ	<input type="checkbox"/> ΠΛΑΣΜΑ (FFP)	<input type="checkbox"/> ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT)	<input type="checkbox"/> ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ	<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:
Ποσότητα: ml						
Τύπος / μέγεθος καθετήρα:	Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ	<input type="checkbox"/> ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΚΟΥ					
Ώρα Έναρξης:	Ώρα λήξης:					

	ΠΡΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	15 ΛΕΠΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ						ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ
			ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	ΩΡΑ:	

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ									
ΣΦΥΞΕΙΣ									
ΑΝΑΠΝΟΕΣ									
ΑΡΤΗΡ.ΠΙΕΣΗ									

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

ΕΜΕΤΟΣ									
ΝΑΥΤΙΑ									
ΔΥΣΠΝΟΙΑ									
ΔΥΣΦΟΡΙΑ									
ΡΙΓΟΣ									
ΠΥΡΕΤΟΣ									
ΕΡΥΘΗΜΑ/ΕΞΑΝΘΗΜΑ									
ΚΝΗΣΜΟΣ									
ΑΛΓΟΣ (ΚΟΙΛΙΑΚΟ Ή ΘΩΡΑΚΙΚΟ)									
ΑΛΛΟ:									

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Όνομ/σια, δόση, οδός, ώρα, ονομ/μο)

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:

--

