



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)
Ποσότητα: ml		<input type="checkbox"/> ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT)	<input type="checkbox"/> ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ
		<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:	
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:	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:										

