



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 26/07/2022

Αρ. Πρωτοκ : Φ/Λ/17/ 7322

Αρ. Προσφοράς : 27

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Οικονομικού, Γραφείο Προμηθειών

Πληροφορίες : κα. Καρκασίνη Αντιγόνη Τηλέφωνο 27310-93390, Φαξ 27310-93164, antkark@hosplak.gr

ΠΡΟΣ
ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ

Θέμα: Πρόσκληση Εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Λαμβάνοντας υπόψιν:

- α) Την υπ' αρ. **25η/21-07-2022** θέμα 4ο με **ΑΔΑ:6ΓΔΒ46907Η-ΑΑΨ** Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου.
β) Την υπ' αρ. **156/20-05-2022** με **ΑΔΑ:ΨΨΝΒ46907Η-ΔΨΟ** Απόφαση Δέσμευσης Πίστωσης.

1. Το Γ. Ν. Λακωνίας – Ν. Μ. Σπάρτης προβαίνει στη διενέργεια πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, για την προμήθεια «Εντύπων», προϋπολογισθείσας δαπάνης έντεκα χιλιάδων εξακοσίων πενήντα οκτώ ευρώ και ενενήντα πέντε λεπτών (**11.658,95€**) συμπεριλαμβανομένου του Φ.Π.Α. 24%, CPV:22820000-4. Η δαπάνη θα βαρύνει τον ΚΑΕ 1293 του Π/Υ 2022 της Ν.Μ. Σπάρτης.

Α/Α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	Μ.Μ.	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ	ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΜΟΡΦΗ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ
1	ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΓΙΑ ΡΕΖΟΥΣ	ΤΕΜ	10000	0,0098 €	98,00 €	ΜΟΝΟΧΡΩΜΗ ΔΙΑΣΤ. 5,5X6
2	ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΤΕΜ	10000	0,0098 €	98,00 €	ΜΟΝΟΧΡΩΜΗ ΔΙΑΣΤ. 2,5X5
3	ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ	ΤΕΜ	1000	0,0098 €	9,80 €	ΜΟΝΟΧΡΩΜΗ ΔΙΑΣΤ.9X7
4	ΒΙΒΛΙΟ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ	ΤΕΜ	4	37,0000 €	148,00 €	300 ΦΥΛΛΩΝ ΠΑΝΟΔΕΤΟ ΧΟΝΤΡΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΔΙΠΛΗ ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΙΑΣΤ.52X40
5	ΒΙΒΛΙΟ ΟΜΑΔΑΣ ΡΗ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ	ΤΕΜ	2	34,0000 €	68,00 €	200 ΦΥΛΛΩΝ ΠΑΝΟΔΕΤΟ ΧΟΝΤΡΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΔΙΠΛΗ ΕΚΤΥΠΩΣΗ Α4

6	ΒΙΒΛΙΟ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ	TEM	4	36,0000 €	144,00 €	300 ΦΥΛΛΩΝ ΠΑΝΟΔΕΤΟ ΧΟΝΤΡΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΔΙΠΛΗ ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΙΑΣΤ.34X47
7	ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	TEM	200	1,7500 €	350,00 €	A4 50X2 ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ
8	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	TEM	500	0,1440 €	72,00 €	A5 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗΣ
9	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ	TEM	20	1,6200 €	32,40 €	A4 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΥΟ ΟΨΕΩΝ
10	ΜΠΛΟΚ ΦΥΛΛΟ ΤΟΚΕΤΟΥ	TEM	20	9,7200 €	194,40 €	A3 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΥΟ ΟΨΕΩΝ
11	ΚΑΡΤΕΛΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡ/ΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	TEM	1000	0,0480 €	48,00 €	180 ΓΡΑΜ. ΔΙΑΣΤ.35X25 ΕΚΤΥΠΩΣΗ 2 ΟΨΕΩΝ
12	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	TEM	3000	0,0420 €	126,00 €	A4 180 ΓΡΑΜΜ.ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΥΟ ΟΨΕΩΝ
13	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΔΕΛΤΙΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	TEM	500	0,0630 €	31,50 €	180 ΓΡΑΜ. ΔΙΑΣΤΑΤ.25X20 ΕΚΤΥΠΩΣΗ 2 ΟΨΕΩΝ
14	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	TEM	5000	0,0428 €	214,00 €	180 ΓΡΑΜ. ΔΙΑΣΤΑΤ.30X21 ΕΚΤΥΠΩΣΗ 2 ΟΨΕΩΝ
15	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	TEM	2000	0,4200 €	840,00 €	180 ΓΡΑΜ.ΔΙΑΣΤ.35X25 ΕΚΤΥΠΩΣΗ 2 ΟΨΕΩΝ
16	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ	TEM	5000	0,0340 €	170,00 €	180 ΓΡΑΜ. A4 ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΥΟ ΟΨΕΩΝ
17	ΜΠΛΟΚ ΕΙΣΙΤΗΡΙΩΝ - ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ	TEM	50	1,3840 €	69,20 €	A4 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗΣ
18	ΜΠΛΟΚ ΕΝΤΥΠΟ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ (50 Φ. ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ)	TEM	20	3,4560 €	69,12 €	A4 50X2ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ
19	ΜΠΛΟΚ ΕΝΤΥΠΟ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ (50 ΦΥΛΛΩΝ) ΔΙΠΛΟΤΥΠΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ	TEM	20	3,4560 €	69,12 €	A4 50X2ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ
20	ΜΠΛΟΚ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	TEM	100	2,6640 €	266,40 €	A4 50X3ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ
21	ΜΠΛΟΚ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	TEM	20	0,9720 €	19,44 €	A5 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ
22	ΜΠΛΟΚ ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	TEM	100	1,4000 €	140,00 €	ΔΙΑΣΤ.25X17 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗΣ
23	ΜΠΛΟΚ ΤΡΙΩΡΗΣ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΗΣ	TEM	50	1,4400 €	72,00 €	A5 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗ
24	ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	TEM	200	0,7000 €	140,00 €	A5 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ

						1 ΟΨΗ
25	ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	TEM	50	1,5100 €	75,50 €	A4 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗΣ
26	ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	TEM	100	1,9500 €	195,00 €	A4 50 ΦΥΛΛΩΝ ΔΙΠΛΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ
27	ΒΕΒΑΙΩΣΗ	TEM	10	2,0000 €	20,00 €	ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ 20X20, 50X3 ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ (ΑΡΙΘΜΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ 1)
28	ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΑΘΜΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	TEM	100	0,8500 €	85,00 €	A5 100 ΦΥΛΛΩΝ ΨΑΡΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗΣ
29	ΦΑΚΕΛΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	TEM	2000	0,4000 €	800,00 €	ΧΑΡΤΟΝΙ 50X38 ΕΚΤΥΠΩΣΗ 1 ΟΨΗΣ
30	ΚΑΡΤΕΣ ΔΕΛΤΙΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ	TEM	2000	0,0330 €	66,00 €	ΚΑΡΤΑ 160 ΓΡΑΜΜ. ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ 17X12 ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΥΟ ΟΨΕΩΝ
31	ΔΕΛΤΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	TEM	2000	0,0400 €	80,00 €	ΚΑΡΤΑ 160 ΓΡΑΜΜ. ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ 17X12 ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΜΙΑΣ ΟΨΗΣ
32	ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	TEM	5000	0,0800 €	400,00 €	ΜΟΝΟΧΡΩΜΗ ΔΙΑΣΤ.8,5X7
33	ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΟΜΑΔΟΣ Α+	TEM	1000	0,0300 €	30,00 €	ΔΙΧΡΩΜΗ ΔΙΑΣΤ.4X6
34	ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΕΣ ΕΤΙΚΕΤΕΣ Ο+	TEM	3000	0,0300 €	90,00 €	ΔΙΧΡΩΜΗ ΔΙΑΣΤ.4X6
35	ΜΠΛΟΚ ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	TEM	50	18,0000 €	900,00 €	A4 4X50 ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ
36	ΚΑΡΤΕΛΛΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	TEM	500	0,0630 €	31,50 €	180 ΓΡΑΜ. ΔΙΑΣΤΑΤ.20X23 ΕΚΤΥΠΩΣΗ 2 ΟΨΕΩΝ
37	ΒΙΒΛΙΟ ΜΗΤΡΩΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ	TEM	40	37,0000 €	1.480,00 €	300 ΦΥΛΛΩΝ Α3 ΠΑΝΟΔΕΤΟ ΜΕ ΧΟΝΤΡΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΜΠΡΟΣ ΠΙΣΩ
38	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	TEM	60	2,5000 €	150,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ- ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
39	ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΦΥΛΛΑ	2000	0,1000 €	200,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 3 ΣΕΛΙΔΩΝ- ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΩΝ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ/ΜΠΡΟΣ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΟΛΛΑΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΦΥΛΛΑ ΤΥΠΟΥ ΚΟΛΛΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (ΟΧΙ ΜΠΛΟΚ)
40	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	TEM	40	2,5000 €	100,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ- ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ

41	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΦΥΛΛΑ	4000	0,1000 €	400,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 4 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ/ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΟΛΛΑΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΦΥΛΛΑ ΤΥΠΟΥ ΚΟΛΛΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (ΟΧΙ ΜΠΛΟΚ)
42	ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ	ΤΕΜ	10	2,5000 €	25,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
43	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΤΕΜ	40	2,5000 €	100,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
44	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ	ΤΕΜ	6	2,5000 €	15,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
45	NORTON- ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ	ΤΕΜ	60	2,5000 €	150,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
46	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ	ΤΕΜ	20	2,5000 €	50,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ
47	MORSE- ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΤΩΣΗΣ	ΤΕΜ	50	2,5000 €	125,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ ΜΑΥΡΟΑΣΠΡΟ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
48	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΜΕΘ ΣΕ ΝΟΣ. ΤΜΗΜΑ	ΤΕΜ	2	2,5000 €	5,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ
49	ΤΙΜΑΛΦΗ	ΤΕΜ	20	2,5000 €	50,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ
50	ΑΝΑΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΘ	ΤΕΜ	4	2,5000 €	10,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
51	ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	ΤΕΜ	30	2,5000 €	75,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ
52	ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΠΤΩΣΗΣ	ΤΕΜ	6	2,5000 €	15,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 1 ΣΕΛΙΔΑΣ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
53	ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ	ΤΕΜ	20	2,5000 €	50,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
54	ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ	ΤΕΜ	10	2,5000 €	25,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 100 ΦΥΛΛΩΝ
55	ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΤΕΜ	6	2,5000 €	15,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ

56	ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	ΦΥΛΛΑ	750	0,1000 €	75,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 3 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΩΝ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ/ΜΠΡΟΣ ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΟΛΛΑΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΦΥΛΛΑ ΤΥΠΟΥ ΚΟΛΛΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (ΟΧΙ ΜΠΛΟΚ)
57	ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΤΕΜ	10	2,5000 €	25,00 €	ΕΝΤΥΠΟ 2 ΣΕΛΙΔΩΝ-ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΥΛΛΟΥ ΜΠΡΟΣ/ΠΙΣΩ Α4 ΜΠΛΟΚ ΤΩΝ 50 ΦΥΛΛΩΝ
				ΣΥΝΟΛΟ	9.402,38 €	
				ΦΠΑ 24%	2.256,57 €	
				ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	11.658,95 €	

1. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- **Υπεύθυνη δήλωση** της παρ.4 του άρθρου 8 του ν. 1599/1986(Α/75), όπως εκάστοτε ισχύει, σε εφαρμογή των άρθρων 1 και 3 του Ν. 4250/26-03-2014 (ΦΕΚ 74/Α/26-03-2014) , στην οποία θα δηλώνεται:
 - Αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους της παρούσας πρόσκλησης.
 - Η προσφορά συντάχθηκε σύμφωνα με τους όρους της παρούσας πρόσκλησης, των οποίων οι προσφέροντες έλαβαν πλήρη και ανεπιφύλακτη γνώση.
 - Τα στοιχεία που αναφέρονται στην προσφορά είναι αληθή και ακριβή.
 - Παραίταται από κάθε δικαίωμα αποζημίωσής του σχετικά με οποιαδήποτε απόφαση της Αναθέτουσας Αρχής για αναβολή ή ακύρωση – ματαίωση του διαγωνισμού.
 - Συμμετέχει σε μια μόνο προσφορά στο πλαίσιο του παρόντος διαγωνισμού.
 - Χρόνος ισχύος της προσφοράς εκατόν ογδόντα 180 ημέρες.
 - Φορολογική & Ασφαλιστική ενημερότητα.
 - Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου του εκπροσώπου/ων της εταιρείας.
 - Πιστοποιητικό ισχύουσας εκπροσώπησης ΓΕΜΗ που να συνοδεύεται από την ανακοίνωση.

2. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ - ΧΡΟΝΟΣ ΙΣΧΥΟΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ – ΠΑΡΑΔΟΣΗ

Προς διευκόλυνση των ενδιαφερομένων, το πλήρες κείμενο της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος διατίθεται μόνο σε ηλεκτρονική μορφή από την ιστοσελίδα της Αναθέτουσας Αρχής www.hosplak.gr & στο Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων <http://www.eprocurement.gov.gr>. Η προσφορά ισχύει και δεσμεύει τον προσφέροντα για χρονικό διάστημα εκατόν ογδόντα(180) ημέρες από την επομένη της ημερομηνίας διενέργειας του διαγωνισμού. Προσφορά που ορίζει χρόνο ισχύος μικρότερο του ανωτέρω αναφερόμενου, απορρίπτεται ως απαράδεκτη. Η παράδοση των ειδών θα είναι κατόπιν έγγραφης παραγγελίας εντός χρονικού διαστήματος (5) ημερών.

3. ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΝΑΘΕΣΗΣ:

- Κριτήριο ανάθεσης της Σύμβασης είναι η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά βάσει της τιμής .

- **Οι ενδιαφερόμενοι οικονομικού φορείς μπορούν να υποβάλλουν τις προσφορές τους , είτε για το σύνολο των ειδών, είτε για μεμονωμένα είδη.** Σε περίπτωση που οι ενδιαφερόμενοι φορείς υποβάλλουν προσφορά μικρότερης ποσότητας της ζητούμενης, τότε αποκλείονται από την διαδικασία αξιολόγησης.

4. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ & ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ

- Οι προσφορές υποβάλλονται σε κλειστό φάκελο με την ένδειξη «Προσφορά» της εταιρείας
- Με Αρ. Προσφοράς **27**, Υπόψη κ. Καρκασίνα Α. Ταχ. Διεύθυνση: Γ. Ν. Λακωνίας – Ν. Μ. Σπάρτης Τ.Κ: 23100 Σπάρτη Λακωνίας σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρούσα Πρόσκληση, το αργότερο μέχρι τις **08/08/2022** και ώρα 13:00 στη Γραμματεία – Πρωτόκολλο της Ν. Μ. Σπάρτης.
- Ο φάκελος να περιέχει τα ακόλουθα: 1. Υπεύθυνη δήλωση 2. Φορολογική ενημερότητα 3. Ασφαλιστική ενημερότητα 4) Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου του εκπροσώπου/ων της εταιρείας, 4. Πιστοποιητικό ισχύουσας εκπροσώπησης ΓΕΜΗ. Την τεχνική και οικονομική σας προσφορά.
- **Προσφορές που κατατέθηκαν εκπρόθεσμα δεν γίνονται αποδεκτές.**
- **Όλα τα έντυπα παραθέτονται στο Παράρτημα Ι.**

5. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

- Από την κείμενη νομοθεσία και τις κατ' εξουσιοδότηση αυτής εκδοθείσες κανονιστικές πράξεις, όπως ισχύουν και ιδίως από : Του ν. 4412/2016 (Α' 147) "Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)"»
- Του ν. 4605/01-04-2019 (Α'52) Τροποποίηση διατάξεων του ν. 4412/2016.
- Του ν. 4782/09-03-2021 (Α' 36) Εκσυγχρονισμός, απλοποίηση και αναμόρφωση του ρυθμιστικού πλαισίου των δημοσίων συμβάσεων, ειδικότερες ρυθμίσεις προμηθειών στους τομείς της άμυνας και της ασφάλειας και άλλες διατάξεις για την ανάπτυξη, τις υποδομές και την υγεία.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΤΟΥ Γ. Ν. ΛΑΚΩΝΙΑΣ

ΕΥΔΟΧΙΑ ΡΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
27.07.2022 09:37

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΥΔΟΞΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Q **οδοντο** ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΑΣ
ΤΑ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΑ
ΣΤΗΝ ΤΕΛΕ

ΑΡ.ΦΥΛΛΟΥ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:
ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ημερομηνία εξόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΛΛΕΡΓΙΑ:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

[illegible]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ. Ν001

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ:

ΚΛΙΝΗ:

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ.-Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ημερομηνία Γέννησης:	Ηλικία:	Επάγγελμα:
Υπηκοότητα:	Ασφαλιστικός Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφάλισης:
Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση ανάγκης:	Επώνυμο:	Όνομα:
	Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου:	Ώρα Εισαγωγής:
Είδος εισαγωγής	Επείγουσα: ☐
Τρόπος Μεταφοράς	Τροχήλατη καρέκλα: ☐ Φορείο: ☐
Συνοδεύεται	Όχι ☐
Πληροφορίες δίνει:	Άλλο άτομο: ☐
Αυτοεξυπηρέτηση:	Ναι ☐ Όχι ☐
Επικοινωνία:	Συνεργάσιμος: ☐ Επιθετικός: ☐ Απαθής: ☐

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

Λοιμώδη Νοσήματα:

Προηγούμενη Εισαγωγή σε Νοσοκομείο - Αιτία Εισαγωγής:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ημερομηνία:

Πιθανή Διάγνωση Εισόδου:

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

Ζωτικά σημεία:	Αρτ. Πίεση (mmHg):	Σφίξεις (/min):	Θερμ/σία (οc):	Αναπνοές (/min):
Κορεσμός O ₂ :				
Σωματομετρικά Στοιχεία:	Υψος (cm):	Βάρος (kg):		
Ομιλία :	Καλή: ☐ Βράγχος: ☐ Δεν μπορεί να μιλήσει: ☐ Ομιλεί ξένη γλώσσα: ☐			
Ακοή:	Κανονική: ☐	Βαρηκοΐα: ☐	Κώφωση: ☐	
Όραση:	Κανονική: ☐	Υποβοηθούμενη: ☐	Τύφλωση: ☐	
Βάδιση:	Κανονική: ☐	Υποβοηθούμενη: ☐		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΔΕΡΜΑ

Χρώμα :

Φυσιολογικό: ☐Κυανωτικό: ☐Ικτερικό: ☐Ωχρο: ☐Εξανθήματα: ☐Έλκη: ☐Εκδορές: ☐Κατακλίσεις: ☐

Παρατηρήσεις:

ΠΟΝΟΣΝαι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, χρήση της Κλίμακας NRS:

Πως περιγράφει ο ασθενής τη βαρύτητα του πόνου;

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Απουσία πόνου

Ήπιος πόνος

Μέτριος πόνος

Σοβαρός Πόνος

Παρατηρήσεις:

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα: ☐

Καρδιακός ρυθμός:

Ρυθμικός: ☐Άρρυθμος: ☐

Υπέρταση:

Ναι ☐Όχι ☐

Παρατηρήσεις:

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα: ☐

Αναπνοή:

Κανονική: ☐Εργώδης: ☐Δύσπνοια: ☐

Βήχας:

Ναι ☐

Με απόχρεμψη:

☐Όχι ☐

Χωρίς απόχρεμψη:

☐

Παρατηρήσεις:

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα: ☐

Ναυτία:

Ναι ☐Όχι ☐

Έμετος:

Ναι ☐Όχι ☐

Διάταση κοιλίας:

Ναι ☐Όχι ☐

Παχύ έντερο:

Κένωση: ☐ Φυσιολογική, ☐ Δυσκοιλιότητα, ☐ Διάρροια, ☐ Μέλαινα Κένωση, ☐ Αιμμοροίδες,
☐ Διάταση κοιλίας, ☐ Κολοστομία

Παρατηρήσεις:

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα: ☐

Συχνουρία:

Ναι ☐Όχι ☐

Δυσουρία:

Ναι ☐Όχι ☐

Αιματουρία:

Ναι ☐Όχι ☐

Ολιγουρία:

Ναι ☐Όχι ☐

Ανουρία:

Ναι ☐Όχι ☐

Παρατηρήσεις:

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα: ☐

Σακχαρώδης Διαβήτης:

Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος): ☐Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος): ☐Διαταραχές
θυρεοειδούς:Υπερθυρεοειδισμός: ☐Υποθυρεοειδισμός: ☐

Παρατηρήσεις:

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΧωρίς συμπτώματα: ☐

Επίπεδο συνείδησης:

Προσανατολισμένος (σε τόπο-χρόνο-πρόσωπα): ☐Σύγχυση ή Λήθαργος: ☐Κώμα: ☐Κορικές Ενδείξεις
οφθαλμών:Διεσταλμένες κόρες: ☐Ανισοκορία: ☐

Επιληπτικές κρίσεις:

Ναι ☐Όχι ☐

Παρατηρήσεις:

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Α/Α

Είδος

Δόση

Ο/Η Νοσηλεύτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)

Q **ODIPI** ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

**ΩΡΑ
ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ**

[illegible]

*Μετά από κάθε σειρά ιατρικών οδηγιών σύρετε γραμμή αποπεράτωσης

Q οδινυ

OF AROUND
AVERAGE
THE FORTIES
STAY VIBRA

ΑΡ.ΚΑΡΤΑΣ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία εξόδου:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

[illegible]

[illegible]



ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

KΛINH:

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΩΡΑ	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ						ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ 8ΩΡΟΥ:	ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ			ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ 8ΩΡΟΥ:	ΙΣΟΖΥΓΙΟ 8ΩΡΟΥ:	ΟΝΟΜ/ΜΟ/ ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΣ			ΕΝΤΕΡΙΚΩΣ		ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ		ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)	ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ			
	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml/h)	ΡΟΗ (ml/h)	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟ (ml)								
07-08													
08-09													
09-10													
10-11													
11-12													
12-13													
13-14													
14-15													
ΣΥΝΟΛΟ													
15-16													
16-17													
17-18													
18-19													
19-20													
20-21													
21-22													
22-23													
ΣΥΝΟΛΟ													
23-24													
24-01													
01-02													
02-03													
03-04													
04-05													
05-06													
06-07													
ΣΥΝΟΛΟ													
ΣΥΝΟΛΟ 24ΩΡΟΥ													

ΙΣΟΖΥΓΙΟ 24ΩΡΟΥ:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



KΩΔ.Ν005

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ:

KΛINH:

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:	Επείγουσα μετάγγιση:							
Προηγούμενες μεταγγίσεις: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐		Εάν ναι ημερομηνία:								
Τράπεζα αίματος από όπου προήλθε:										
Ποσότητα: ml	ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ:	☐ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ	☐ ΠΛΑΣΜΑ (FFP)	☐ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PLT)	☐ ΟΛΙΚΟ ΑΙΜΑ	☐ ΑΛΛΟ:				
Τύπος / μέγεθος καθετήρα:		Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐								
☐ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ		☐ 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:										



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ.Ν006

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης: Ηλικία:

Ημερομηνία εισαγωγής:

ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΝ ΑΙΜΑ Ή ΠΡΟΙΟΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ολικό αίμα ☐

Ερυθρά ☐

Αιμοπετάλια ☐

Πλάσμα ☐

Άλλο ☐

Ημερομηνία μετάγγισης:

Ώρα:

Ώρα έναρξης αντίδρασης:

Ποσότητα μετάγγισης: ml

Αριθμός Μονάδας:

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΣΗΜΕΙΑ	ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Θερμοκρασία			Δυσφορία ☐ Ρίγος ☐
Αρτηρ. Πίεση (mmHg):			Πυρετός ☐ Εμετός ☐
Σφίξεις (/min):			Ερύθημα ☐ Ναυτία ☐
Αιμοσφαιρινουρία:			Κνησμός ☐ Ίκτερος ☐
			Εξάνθημα ☐ Απώλεια ούρων ☐
			Δύσπνοια ☐ Απώλεια κοπράνων ☐
			Οσφυαλγία ☐ Απώλεια συνείδησης ☐
			Θωρακικό ή κοιλιακό άλγος ☐

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΗΜΕΙΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ
ΒΑΘΜΟΣ I ΟΧΙ ΣΟΒΑΡΗ	Μόνο εξάνθημα ☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης 2. Χορήγηση αντιισταμινικών 3. Αν δεν αντιδράσει στα παραπάνω, εφαρμόζονται οι οδηγίες του βαθμού II
ΒΑΘΜΟΣ II ΣΟΒΑΡΗ	Ρίγη ☐ Πυρετός ☐ Ανησυχία ☐ Ταχυσφυγμία ☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
ΒΑΘΜΟΣ III ΑΜΕΣΗ ΑΠΕΙΛΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	Οξύ άλγος στην οσφύ ☐ Κοιλιακό άλγος ☐ Θωρακικό άλγος ☐ Πτώση της ΑΠ ☐ Ολιγουρία ☐ Αιμορραγία ☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολογικού ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με την μεταγγισθείσα μονάδα στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV
ΒΑΘΜΟΣ IV ΘΑΝΑΤΟΣ	Shock ☐ Απώλεια ούρων ☐ Απώλεια κοπράνων ☐ Απώλεια συνείδησης ☐	Θερμοκρασία: Αρτηρ. Πίεση: mmHg Σφίξεις: /min Αιμοσφαιρινουρία:	1. Ότι στους βαθμούς I και II 2. Διατήρηση της πίεσης του αίματος 3. Συννενόηση με την Αιμοδοσία/ τη ΜΕΘ/ τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αποστέλλετε στην αιμοδοσία τη μονάδα του μεταγγιζόμενου αίματος / προϊόντος, φιαλίδιο γενικής αίματος και δείγμα ορού σε πήγμα από τον ασθενή.

ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΑΡΑΔΙΔΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ.Ν007

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΒΑΣΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ NORTON

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Ηλικία:

Διάγνωση:

Συνοδές Παθήσεις:

Ημερομηνία Εισαγωγής:

Ημερομηνία Εξόδου:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΒΑΘΜΟΙ

Καλή

4

Μέτρια

3

Κακή

2

Πολύ κακή

1

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Διαύγεια

4

Απάθεια

3

Σύγχυση

2

Κώμα

1

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Περιπατητικός

4

Περπατάει με βοήθεια

3

Κάθεται στην καρέκλα

2

Κατακεκλιμένος

1

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Πλήρης

4

Ελαφρά περιορισμένη

3

Πολύ περιορισμένη

2

Ακίνησια

1

ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Απούσα/Καθετήρας

4

Ακράτεια ούρων

3

Ακράτεια κοπράνων

2

Ακράτεια ούρων και κοπράνων

1

ΟΡΕΞΗ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ

Φυσιολογική

4

Μικρή

3

Ρινογαστρικός καθετήρας/Υγρά

2

Τίποτε από το στόμα/Ανορεξία

1

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Φυσιολογικό βάρος

4

Παχυσαρκία

3

Καχεξία

2

Οίδημα

1

SCORE

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ

NORTON SCORE

SCORE > 19:

Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά πενήνήμερο.

SCORE ≤ 19:

Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων, χρήζει υψηλής φροντίδας και παρακολούθησης ανα 3ήμερο.

Ανεξαρτήτως

SCORE:

Επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από κάθε αλλαγή της κατάστασής του και πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΙΣΔ.Ν008

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΛΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____
 Ημερομηνία Γέννησης: _____ Ηλικία: _____
 Διάγνωση: _____ Συνοδές Παθήσεις: _____
 Ημερομηνία εισαγωγής: _____ Εξόδου: _____ Ημερομηνία Εκτίμησης: _____ Επανεκτίμησης: _____

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:

ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΧΡΩΜΑ: ☐ ΕΡΥΘΡΟ

☐ ΚΥΑΝΟ

☐ ΑΛΛΟ

ΣΤΕΓΝΟ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΥΓΡΟ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

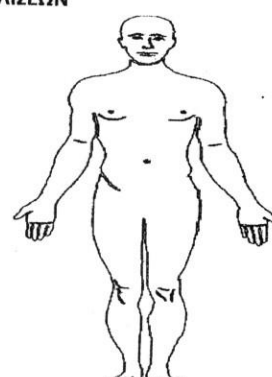
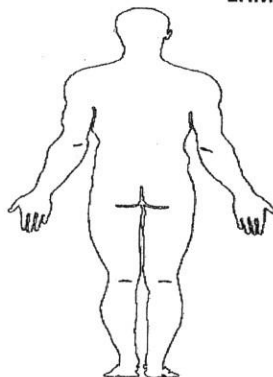
ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΣΚΛΗΡΟ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΘΕΡΜΟ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΨΥΧΡΟ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ



ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ΕΣΧΑΡΑ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΞΙΔΡΩΜΑ: ☐ ΟΡΩΔΕΣ ☐ ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ ☐ ΠΥΩΔΕΣ

ΟΣΜΗ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΠΟΝΟΣ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΥΑΡ)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχειας	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	☐	☐	☐
2	Μερικού πάχους απώλεια δέρματος	Επηρεάζει την επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται κλινικά σαν εκδορά ή σαν φλύκταινα	☐	☐	☐
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περιλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	☐	☐	☐
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ, στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	☐	☐	☐
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	☐	☐	☐
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθει ιστών	Μωβ ή κυανέρυθρη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιτολούς δέρματος ή φυσαλίδα γεμάτη με αίμα εξαιτίας βλάβης των υποκείμενων μαλακών μοριών. Οι παρακείμενοι ιστοί μπορεί να είναι σφικτοί, μαλακοί, εύθρυπτοι, ψυχροί ή θερμοί	☐	☐	☐

[illegible]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ. Ν009

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΑΡ. ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (MORSE FALL SCALE)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης (ηλικία):

Ημερομηνία εκτίμησης:

Ημερομηνία επανεκτίμησης:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

SCORE

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΤΩΣΗΣ

- ☐ ΟΧΙ (βαθμολογία με 0)
☐ ΝΑΙ (βαθμολογία με 25)

ΣΥΝΟΔΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ/
ΔΕΥΤΕΡΕΟΥΣΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- ☐ ΟΧΙ (βαθμολογία με 0)
☐ ΝΑΙ (βαθμολογία με 15)

ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ
ΕΝΙΣΧΥΣΗ

- ☐ καμία ή με βοήθεια από τον επαγγελματία υγείας (βαθμολογία με 0)
☐ κάνει χρήση βοηθήματος (κηδομένες, πατερίτσες, κα) (βαθμολογία με 15)
☐ σε πλήρη εξάρτηση από βοηθήματα (βαθμολογία με 30)

ΕΝΔΟΑΓΓΕΙΑΚΗ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ

- ☐ ΟΧΙ (βαθμολογία με 0)
☐ ΝΑΙ (βαθμολογία με 20) ΓΡΑΜΜΗ: ☐ ΚΕΝΤΡΙΚΗ
☐ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ

ΒΑΔΙΣΗ

- ☐ κανονική/ακίνησια (βαθμολογία με 0)
☐ αδύναμη/ασταθής (βαθμολογία με 10)
☐ αναπηρία (βαθμολογία με 20)

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ☐ γνωρίζει την κατάσταση του (βαθμολογία με 0)
☐ υπερεκτιμά ή ξεχνά την κατάσταση του (βαθμολογία με 15)

ΣΥΝΟΛΙΚΟ SCORE

ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

MORSE FALL SCALE SCORE

ΔΡΑΣΗ

☐ Χωρίς κίνδυνο

0-24

Βασική νοσηλευτική φροντίδα

☐ Χαμηλός κίνδυνος

25-45

Ασθενής σε κίνδυνο για πτώση. Ασθενής υπο επιτήρηση.
Εβδομαδιαία επαναξιολόγηση.

☐ Υψηλός κίνδυνος

≥46

Ασθενής σε μεγάλο κίνδυνο για πτώση. Να ληφθούν τα
απαραίτητα μέτρα και να βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση.

ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



ΚΩΔ. Ν010

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) ΣΦΥΞΕΙΣ: _____ ΘΕΡΜ/ΣΙΑ: _____ ΑΝΑΠΝΟΕΣ: _____

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τραχειοσωλήνας: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ημερομηνία τοποθέτησης: _____ Ημερομηνία αλλαγής: _____
 Χορήγηση O₂: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ρινικός καθετήρας: lt/min _____ Μάσκα Venturi FiO₂: _____

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: _____



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας

οδίου

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΕΥΡΕΤΕΡΩΝ

ΚΩΔ.Ν011

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../.....

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Διεύθυνση:

Τ.Κ.-Πόλη:

Τηλέφωνο:

Ηλικία:

Αρ. Αστυνομικής Ταυτότητας:

Στοιχεία πλησιέστερου ατόμου σε περίπτωση
ανάγκης:

Επώνυμο:

Όνομα:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα/Κλινική:

Ωρα:

Ημερομηνία παράλαβης:

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

Α. ΧΡΗΜΑΤΑ:

Β. ΕΓΓΡΑΦΑ:

Γ. ΤΙΜΑΛΦΗ (πολύτιμα αντικείμενα π.χ.
κοσμήματα, ρολόγια):

Δ. ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ:

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

1.

2.

ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΣΕ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Παραδόθηκε στ...ν με ΑΔΑΤ:.....

από τ...ν με ΑΔΑΤ:.....

στις/...../..... τα παραπάνω είδη προς φύλαξη.

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ/ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ/ ΑΛΛΟ

Τα παραπάνω είδη παραλήφθηκαν από τ...ν

του....., με ΑΔΑΤ:....., τηλ.:..... στις/...../.....

από τ...ν με ΑΔΑΤ:.....

Και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια.

Σχέση με τον δικαιούχο:.....

Ο ΠΑΡΑΔΙΔΩΝ (Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ (Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

Q οδοντο

OPTIMIZED
ALSO HANDLES
THE NEGOTIATING
WITH VISA

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΑΝΑΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.

[illegible]

Ο/Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ/Η



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Υγείας



KΩΔ.N013

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Ημερομηνία:

ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ:

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ:

[illegible]





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
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:

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (εάν δεν αφορά ασθενή μην παραλείψετε να καταγράψετε τα στοιχεία του θύματος):

ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ:

ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΕΛΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

Α/Α ΑΝΑΦΟΡΑΣ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:	ΩΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:
Η ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΓΙΝΕ ΑΠΟ:	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ:	ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΑΦΟΡΑ ΣΕ:	☐ ΑΣΘΕΝΗΣ, ☐ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ, ☐ ΣΥΝΟΔΟΣ/ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ, ☐ ΑΛΛΟ:

*Η αναφορά συμβάντος παραδίδεται στο γραφείο ποιότητας από τον συντάκτη έως την επόμενη εργάσιμη ημέρα.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ		
ΗΜ/ΝΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:	ΩΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:	
ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΣΥΝΕΒΗ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ:		
Φροντίδα ασθενούς ☐ λάθος ταυτοποίηση ασθενούς ☐ λάθος ταυτοποίηση δείγματος ☐ φαρμακευτικό λάθος (π.χ. συνταγογράφηση- παραγγελία- χορήγηση) ☐ έλκη που αναπτύσσονται κατά τη νοσηλεία ☐ λάθη κατά τη διαδικασία της μετάγγισης αίματος ☐ ενδοноσοκομειακή λοίμωξη ☐ αλλεργική αντίδραση ☐	Ασφάλεια ασθενούς ☐ τραυματισμός που δεν σχετίζεται με πτώση ☐ πτώση ☐ σίτιση ☐ λάθη που σχετίζονται με την χειρουργική επέμβαση ☐ αποχώρηση άνευ άδειας ☐ άρνηση νοσηλείας ☐ άρνηση θεραπείας ☐ λεκτική επίθεση ☐ επιθετική συμπεριφορά ☐ κακοποίηση ευάλωτου ασθενούς ☐	Εξοπλισμός/Υλικά ☐ κακός χειρισμός ☐ μη διαθέσιμο υλικό ☐ εκτός λειτουργίας εξοπλισμός ☐ ελλιπής συντήρηση ☐ αστοχία/δυσλειτουργία ☐ ληγμένο υλικό ☐ υπολογιστικά συστήματα ☐ υποδομή ☐
Πυρκαγιά/Φύλαξη κτιρίων ☐ καπνός/πυρκαγιά ☐ απώλεια προσωπικών ειδών ☐ μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ☐ ψευδές σήμα συναγερμού ☐ κλοπή ☐	Προσωπικό ☐ έκθεση σε σωματικά υγρά ☐ τρύπημα από αιχμηρό αντικείμενο ☐ έκθεση σχετιζόμενη με εργασία ☐ ατύχημα ☐ ανεπαρκείς πόροι ☐ ηθικά ζητήματα ☐	Διαδικασίες ☐ ελλιπής τεκμηρίωση ☐ απώλεια αρχείων ☐ μη διαθέσιμος ατομικός φάκελος ασθενή ☐ μη τήρηση διαδικασίας ☐ μη αναγνωρίσιμες καταχωρήσεις ☐ διοικητικά θέματα ☐

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (Συμπληρώνεται από τον αναφέροντα)

(Λεπτομερή περιγραφή του συμβάντος: Σε ποιους συνέβη; Τι συνέβη; Πού συνέβη; Πότε συνέβη; Γιατί συνέβη; Πως συνέβη; Ποιοι και με ποιο τρόπο ενεπλάκησαν στο συμβάν; Ποιοι μαρτυρούν το συμβάν; Τι αντίκτυπο είχε το συμβάν;) ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΠΟΨΕΙΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ

*Εάν πρόκειται για ασθενή καταγράψτε ονομ/μο, φύλο και αριθμό μητρώου

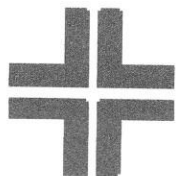
ΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ (Συμπληρώνεται από τον Προϊστάμενο ή Τομεάρχη)**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΥ/ΤΟΜΕΑΡΧΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜ/ΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η συμπλήρωση της αναφοράς δεν αποτελεί αποδοχή ευθύνης οποιουδήποτε είδους για οποιοδήποτε άτομο.

Οποιοδήποτε υλικό ή εξοπλισμός που ενεπλάκη στο συμβάν πρέπει να κρατηθεί για εξέταση.



22PROC011009930 2022-07-27

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ- ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΥΓΡΩΝ - ΚΕΝΩΣΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΤΜΗΜΑ:

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	Α/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7 3	7 3	7 3
	9								
	12						3 11	3 11	3 11
	3								
	6						11 7	11 7	11 7
	9								
	12								
	3						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	Α/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7 3	7 3	7 3
	9								
	12						3 11	3 11	3 11
	3								
	6						11 7	11 7	11 7
	9								
	12								
	3						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	Α/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7 3	7 3	7 3
	9								
	12						3 11	3 11	3 11
	3								
	6						11 7	11 7	11 7
	9								
	12								
	3						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	A/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7 3	7 3	7 3
	9								
	12						3 11	3 11	3 11
	3								
	6						11 7	11 7	11 7
	9								
	12						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
	3								

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	A/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7 3	7 3	7 3
	9								
	12						3 11	3 11	3 11
	3								
	6						11 7	11 7	11 7
	9								
	12						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
	3								

ΗΜ/ΝΙΑ	ΩΡΕΣ	ΘΕΡΜ/ΣΙΑ	A/Π	GLU	ΣΦ	SPO2 (%)	ΠΡΟΣ/ΝΑ	ΑΠΟΒ/ΝΑ	ΚΕΝ/ΣΕΙΣ
	6						7 3	7 3	7 3
	9								
	12						3 11	3 11	3 11
	3								
	6						11 7	11 7	11 7
	9								
	12						ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
	3								



22PROC011009930 2022-07-27

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

5879

Κλινική.....

Α/Α	Ονοματεπώνυμο ασθενούς	Ημ/νια	Εισιτήρια	Εξιτήρια	Μεταφορές		Δύναμη
					από Κλιν.	σε Κλιν.	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
ΣΥΝΟΛΟ							

Σπάρτη _____ 20 _____

Η Προϊσταμένη της Κλινικής



ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

NOΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟ:/...../..... ΕΩΣ:/...../.....

[illegible]

*Αν ο ασθενής αναπτύξει νέα κατάκλιση καταχωρείται εκ νέου
Ημερομηνία σύνταξης: 27/04/2022

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

[illegible]



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ XXX
ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ XXX

Η συνάντηση πραγματοποιήθηκε στις XX/XX/XXXX, ώρα: XX:XX, (τοποθεσία)

A/A	ΘΕΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ- ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΑΝΟΙΧΤΟ- ΚΛΕΙΣΤΟ)	ΥΠΕΘΥΝΟΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣ	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ XXX
 ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ XXX
 Η συνάντηση πραγματοποιήθηκε στις XX/XX/XXXX, ώρα: XX:XX, (τοποθεσία)

22PROC011009930 2022-07-27

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ/ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Τα πρακτικά συντάχθηκαν από:	Τα πρακτικά εγκρίθηκαν από:
(Όνομ/μο- Υπογραφή)	(Όνομ/μο- Υπογραφή)

TMHMA:

[illegible]

TMHMA:

[illegible]

TMHMA:

[illegible]



Θάλαμος:



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	
Φύλο:	APPEN:	ΘΗΛΥ:	Ηλικία:	Βάρος:	ΑΔΤ:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

[illegible]

ΣΥΝΟΛΟ:

Ημερομηνία:

ημ/να

Ο/Η Διευθυντής Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

Τα πιο πάνω είδη, εκτός από εκείνα που γράφονται στις Παρατηρήσεις, παραδόθηκαν και παραλήφθηκαν κανονικά την ημ/νία .

ημ/να

Ο/Η Φαρμακοποιός
που έλεγξε

Ο/Η Φαρμακοποιός
που παρέδωσε

Ο/Η Παραλαβών

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

GENIK

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΤΗΛ:2731093100 email: info@hospspa.gr <http://www.hosplak.gr>



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
ΙΩΑΝΝΟΥ & ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ

MHMA:

ΛΕΥΘΥΝΤΗΣ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

.....άρρωστ.μέχρι.....χρησιμοποίησε τα παρακάτω
η νοσολογία του απόχρεώνονται στα Ταμεία.

[illegible]

200.....

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

6183

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α.Μ.Κ.Α.		Ημερ. Γέννησης			
		Ημ.	Μην.	Ετος	
		Το Γένος (για παντρεμένες γυναίκες)			
Επίθετο		Φύλο			
Όνομα		Ανδρας		Γυναίκα	

ΑΚΡΙΒΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΑΠΟΣΤΕΛΟΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΡΟΗΓΘ. ΙΣΤΟΛ. ή ΚΥΤΤ. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ, ΠΟΡΙΣΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΞΕΤΑΣΑΝΤΟΣ

O Λατρός

Υπογραφή και Σφραγίδα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία:

Α.Μ.Ε. :

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
Τηλ. 27310 93117

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Επώνυμο
Διεύθυνση
Ενδείξεις

Όνομα
Ηλικία

Ενδοσκόπος
Ενδοσκόπιο
Βιοψίες
Φάρμακα

Καλαποθάκος Παν.
Olympus 165
Ναι Όχι CLO test
Xylocaine spray

Νοσηλεύτρια
Φωτογραφίες
Ανοχή
Dormicum

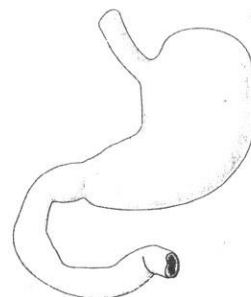
Δημητρούλια Ε.
Ναι Όχι
Anexate

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ Βολβός :

2η Μοίρα



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ :



ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση κατοικίας:		Τ.Κ.-Πόλη:		Τηλ.:	
Ημ/νία γέννησης:		Ηλικία:		Τόπος γέννησης:	
Επάγγελμα:		A.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου :			
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	Ονοματεπώνυμο			Τηλ.	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	Εμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:	Ονοματεπώνυμο	
Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:		Αρ. Βιβλ.:	Κωδ. Κοιν.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή για εισαγωγή από τον ιατρό: Κωδικός Ιατρού:

A. **Επείγουσα εισαγωγή:** Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: ☐ Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: ☐ Άλλο: ☐

B. **Προγραμματισμένη εισαγωγή:** ☐

Αιτία εισαγωγής:	Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):

Παρατηρήσεις εισόδου:

Κλινική εισαγωγής: Κωδικός Κλινικής:

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

..... / / 202

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ.:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		T.K. - Πόλη:		Τηλ :	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

☐ Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

☐ Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

- στην κλινική από έως
- στην κλινική από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:

--

Θεωρήθηκε το γνήσιο της υπογραφής
Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία:

Α.Μ.Ε. :

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
Τηλ. 27310 93117

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Επώνυμο
Διεύθυνση
Ενδείξεις

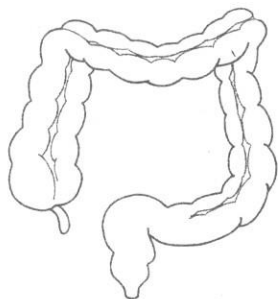
Όνομα
Ηλικία

Ενδοσκόπος
Ενδοσκόπιο
Βιοψίες
Φάρμακα

Καλαποθάκος Παν.
Olympus 165
Ναι Όχι
Dormicum Pethidine

Νοσηλεύτρια
Φωτογραφίες
Ανοχή
Buscopan

Δημητρούλια Ε.
Ναι Όχι
Anexate



ΤΕΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ :

ΤΥΦΛΟ :

ΑΝΙΟΝ :

ΕΓΚΑΡΣΙΟ :

ΚΑΤΙΟΝ :

ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ :

ΟΡΘΟ :

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ :



22PROC011009930 2022-07-27

6006



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Σπάρτη _____

ΚΛΙΝΙΚΗ : _____

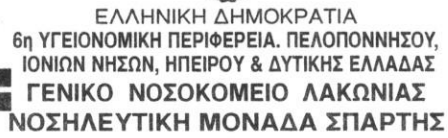
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : _____

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο ιατρός

Υπογραφή και Σφραγίδα

07-27
5911



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Προς : _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	

Είδος εξετάσεως _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Σπάρτη 201....

Υπογραφή Παραπέμποντος Ιατρού

22PROC011009930 2022-07-27



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

6062

ΤΡΙΩΡΗ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΗ

Όνομ/μο Ασθενή : ΤΜΗΜΑ :

ΩΡΕΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ							
6 π.μ.								
9 π.μ.								
12 μεσ.								
3 μ.μ.								
6 μ.μ.								
9 μ.μ.								
12 νυκτ.								
3 π.μ.								



ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ :

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΤΑΘΜΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Παρακαλούμε να μας χορηγήσετε για τον νοσηλευόμενο

.....
ανήκοντα στην ομάδα Rh

.....
.....Κ.Ε. | Ολικού αίματος
..... Συμπεπικνωμένων ερυθρών
..... πλάσματος

.....
.....
.....

Σπάρτη 202.....

Ο Επιμελητής

Παρελήφθη
Η Προϊσταμένη αδελφή

Ο Παραδούς
Διευθυντής Σταθμού



ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Καθορισμός ομάδας αίματος ABO, Rh και εξετάσεις συμβατότητας

Όνομα ασθενούς
Επώνυμο Όνομα

Όνομα πατρός Ηλικία
Όνομα συζύγου

Διάγνωση ημερομ. εισόδου

Εάν προβλέπεται μετάγγιση να συμπληρωθούν τα κάτωθι

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; Πότε;

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; Ht;

Σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών: Αναφέρονται στο αναμνηστικό: γέννηση

νεκρού εμβρύου: αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού:

Σημειώστε την περίπτωση

☐ Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα
Σημειούται ΜΟΝΟ σε περίπτωση από-
λυτης ανάγκης και υπ' ευθύνη του εντελ-
λομένου τη μετάγγιση γιατρού. Πάσα
σπουδή στις εξετάσεις συμβατότητας
δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.

☐ Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι
εξετάσεις συμβατότητας

☐ Μετάγγιση μη επείγουσα

☐ Μετάγγιση κατά την εγχείρηση
ημερομηνία

☐ Εξέταση συμβατότητας προληπτικώς

☐ Καθορισμός ομάδας ABO, Rh

Ζητούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, φιάλες Πλάσματος, φιάλες
(φιάλη αίματος=350ml) (φιάλη πλάσματος=350ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, φιάλες Πλυμένων ερυθρών, φιάλες

Ο ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ

Τα κάτωθι συμπληρώνονται από το Εργαστήριο του Σταθμού:

Ομάδα ABO Rh Φαινότυπος Rh

Αριθμοί φιαλών	ABO και Rh	Σε φ	Σε λεύκωμα	Βρωμελαίν	Coombs
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Ημερομηνία Υπογραφή

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΔΕΛΤΙΟ

ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

[illegible]



22PROC011009930 2022-07-27 N° 9
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

Δέκτης:

Ομάδα : Rh :

Δότης : Νο ασκού : Όριο χρήσης :

Ομάδα : Rh :

Συμβατό

Ο εκτελέσας την διασταύρωση

22PROC011009930 2022-07-27
ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΟ 8
6190
Μη ξεχνάς την ημερομηνία
που πρέπει να δώσεις αίμα,
σώζεις κάποιον που
κινδυνεύει.



Έχεις κάνει εξέταση για το
στίγμα της μεσογειακής
αναιμίας;



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΕΘΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΔΕΛΤΙΟ

ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

- ΕΠΩΝΥΜΟ
- ΟΝΟΜΑ.....
- ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....
- ΧΡΟΝΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....
- ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....
- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....
- ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΩΟΥ

ΟΜΑΔΑ RHESUS

--	--

[illegible][illegible]



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημ/νία:

Barcode

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:				Όνομα:			
Πατρώνυμο:				Μητρώνυμο:			
Ημ/νία γέννησης:	____/____/____			Φύλο:	Ο Άρρεν / Ο Θήλυ		
Τόπος γέννησης (Χώρα - Περιφέρεια):				Μορφωτικό επίπεδο:			
Διεύθυνση (οδός - αρ.):				T.K. - Πόλη:			
Τηλ.:		Κιν.:		Email:			
Αρ. Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη:				ΑΜΚΑ:			

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

☐ 1. Εθελοντικά	
☐ 2. Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών:
☐ 3. Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών:
☐ 4. Για Ασθενή	Ονοματεπώνυμο ασθενή: Νοσοκομείο νοσηλείας:
☐ 5. Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας:

☐ Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ
(δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για συγγενικό περιβάλλον)

ΠΡΟΣΟΧΗ! - ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος ή όποια είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικού τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες.
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν με χρήματα ή με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
- Όποιος ή όποια είχε πάρει PrEP/Truvada ή PEP για πρόληψη HIV προ ή μετά τη σεξουαλική επαφή αντιστοίχα.
- Όποιος ή όποια έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής (chemsex)
- Όποιος ή όποια έχει τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο θετικό για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C
- Ερωτικοί, ερωτικές σύντροφοι πολυμεταγινόμενοι ατόμων
- Γενικά όποιος ή όποια νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS ή κίνδυνο για άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη επιβεβαιώθηκαν από: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

☐ 1. Ταυτότητα Εθελοντή Αιμοδότη	☐ 2. Αστυνομική Ταυτότητα	☐ 3. Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
☐ 4. Διαβατήριο	☐ 5. Βιβλιάριο Υγείας	☐ 6. Άδεια Οδήγησης
☐ 7. Άδεια Παραμονής		
Αρ. δημοσίου εγγράφου:		

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Εχετε δώσει άλλη φορά;	NAI ☐	OXI ☐	Πότε δώσατε τελευταία φορά;	
Εχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	NAI ☐	OXI ☐	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	NAI ☐
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	☐	☐	Λήψη φαρμάκων;	☐
Είχατε ποτέ;	☐	☐	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	☐
Ίκτερο ή Ηπατίτιδα	☐	☐	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	☐
Σύφιλη	☐	☐	Χάσατε βάρος - έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	☐
Ελονοσία/Φυματίωση	☐	☐	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	☐
Αναιμία	☐	☐	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt - Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	☐
Έλλειψη G-6PD	☐	☐	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	☐
Σπασμούς (ως ενήλικας)	☐	☐	ΚΑΝΑΤΕ:	☐
Λιποθυμίες	☐	☐	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	☐
Καρδιοπάθεια	☐	☐	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	☐
Προκάρδιους πόνους	☐	☐	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	☐
Υπέρταση	☐	☐	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	☐
Διαβήτης	☐	☐	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	☐
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	☐	☐	Τρυπήκατε από βελόνα σύριγγας;	☐
Αλλεργία	☐	☐	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	☐
Παθήσεις στομάχου	☐	☐	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	☐
Έλκος	☐	☐	Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	☐
Χειρουργικές επεμβάσεις	☐	☐		☐
Παθήσεις των νεφρών	☐	☐		☐
Άλλα νοσήματα	☐	☐		☐

- Δηλώνω ότι διάβασα και κατανόησα το εκπαιδευτικό υλικό που μου δόθηκε, μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις, έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις και συγκατατίθεμαι εν επιγνώσει να προβώ στη διαδικασία αιμοδοσίας.
- Βεβαιώνω ότι τι αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.
- Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς βάσει όσων γνωρίζω.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση της τήρησης ηλεκτρονικού αρχείου (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), το οποίο περιέχει τα δεδομένα που απαιτεί νόμος και συνδέονται με την αιμοδοσία και το ιατρικό ιστορικό μου.
- Παρέχω ρητά με το παρόν τη συγκατάθεση μου για τη συλλογή, την αρχική και κάθε περαιτέρω επεξεργασία, απλών και ευαίσθητων δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που θα καταχωρούνται στην ως άνω ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών), σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2β και 7 του ν. 2472/1997 όπως τροποποιηθείς ισχύει και στη τήρηση του σχετικού αρχείου για το διάστημα και για τους σκοπούς που προβλέπει ο νόμος για την αιμοδοσία, την ασφάλεια του αίματος και την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των δικαιωμάτων μου που προβλέπονται στα άρθρα 11-14 του ν. 2472/1997 για ενημέρωση πρόσβαση αντίρρηση και προσωρινή δικαστική προστασία.

Ο/Η Αιμοδότης

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ): mm/Hg Σφύξεις: /min Θερμοκρασία: °C Βάρος: Kg
 Αιματοκρίτης: % Αιμοσφαιρίνη: gr/dl Ύψος: m

Δότης: ☐ Ολικού αίματος / ☐ Αιμοπεταλίων

Ο/Η ενεργήσας την επιλογή

Γενική Εντύπωση:

Ο αιμοδότης είναι κατάλληλος για αιμοδοσία: ☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ

ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την επιλογή)

Αιτίες αποκλεισμού:

Χρονικό διάστημα αποκλεισμού:

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ (Συμπληρώνεται από τον ενεργούντα την αιμοληψία)

Τύπος χρησιμοποιηθέντος σκού αιμοληψίας: ☐ Διπλός ☐ Παιδιατρικός
☐ Τριπλός ☐ Λευκαφαιρεμένος
☐ Τετραπλός
 Η αιμοληψία ολοκληρώθηκε: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Ο/Η ενεργήσας την αιμοληψία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΚΑΡΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡ. ΑΣΘ

Α/Α

ΚΛΙΝΙΚΗ:	ΑΙΘΟΥΣΑ:	ΗΜ/ΝΙΑ:
ΟΝΟΜ/ΜΟ:		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΗΛΙΚΙΑ:	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	ΑΣΦΑΛΕΙΑ:	
ΤΑΚΤΙΚΟ: ☐	ΕΚΤΑΚΤΟ: ☐	
ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ:	
ΩΡΑ ΕΞΟΔΟΥ:	ΩΡΑ ΛΗΞΗΣ:	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:		
ΕΛΕΓΧΟΣ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ: ΔΟΝΤΙΑ ☐	ΧΡΥΣΑΦΙΚΑ ☐	ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ ☐
ΟΥΡΑ: ΕΙΣΟΔΟΣ	ΕΞΟΔΟΣ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:		
ΕΠΕΜΒΑΣΗ:		
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ:	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ:	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ:		
ΒΟΗΘΟΙ ΙΑΤΡΟΙ:		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ:		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:		
ΝΟΣΟΚΟΜΟΣ:		
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ:		
ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΑ:		
ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:		
ΑΙΜΑ:		
ΠΛΑΣΜΑ:		
ΥΠΟΚ/ΤΟ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ:		
ΣΦΥΞΕΙΣ:		
ΠΙΕΣΗ:		

ΜΕΤΡΗΣΙΜΟ - ΧΡΕΩΣΙΜΟ ΥΛΙΚΟ

[illegible]



6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Όνομα: Επώνυμο: Πατρώνυμο:
Ηλικία: Ασφάλεια: ΑΜΚΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ:

Ημερομηνία: Τακτικό: ☐ Έκτακτο: ☐

Διάγνωση:
.....

Είδος επέμβασης:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Κλινική:

Χειρουργός Ιατρός:

Βοηθοί:

Αναισθησιολόγος:

Επιπλοκές:
.....
.....
.....

Παρατηρήσεις:
.....
.....
.....
.....

 Ο/Η Χειρουργός Ιατρός

**ΒΙΒΛΙΟ ΟΜΑΔΑΣ - ΡΗ - ΕΥΡΕΤΗ**

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ
N^o 11

$y \text{ node} \in VMA \quad N = 14$

[illegible]

ΦΥΛΛΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ηλικία:	Επάγγελμα:	Οικογεν. κατάσταση:
Εθνικότητα:	Υπηκοότητα:	Θρήσκευμα:
Διεύθυνση:	T.K. - Πόλη:	Τηλ.:
Ασφ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασθ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ / ΠΑΤΕΡΑ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	T.K. - Πόλη:	Τηλ.:
ΗΜΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	ΩΡΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Καρδιοπάθειες:	Ηπατίτιδες:
Υπέρταση:	Θυρεοειδοπάθειες:
Διαβήτης:	Άλλες ασθένειες:
Νεφροπάθεια:	Κληρονομικό ιστ.:
Εγχειρήσεις:	
Υγεία συζύγου:	

Μετάγγιση αίματος στο παρελθόν:

ΝΑΙ: ☐ ΟΧΙ: ☐

Αντιδράσεις:

Φαρμακευτική αλλεργία:

ΝΑΙ: ☐ ΟΧΙ: ☐

Σε ποιά φάρμακα:

Άλλες Αλλεργίες:

Λήψη Φαρμάκων:

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Έναρξη Ε.Ρ.:	Χαρακτήρας κύκλου:	Τοκετοί:	Παιδιά ζωντανά:
A.E.:	T.E.:	Δ.A.:	T.E.P.:
Φλεγμονές:	Test Pap:	Π.Η.Τ.:	ΤΟΚΟΣ:
Μαιευτικές επεμβάσεις - Ιστορικό επιπλοκών σε προηγούμενη κύηση:			
Παρατηρήσεις:			

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ομάδα αίματος - Rh:	Παλμοί:	Διαστολή τραχήλου:	Οδύνες:
Σχήμα:	Προβολή:	Προβ. Μοίρα - ύψος:	Θέση:
Εμβρ. Υμένες:	από	Προγεννητική αμνιοκέντηση - λήψη τροφοβλάστης:	
A.Π.:	Διαβήτης:		
HIV:	Υπέρταση:		
HCV:	Λεύκωμα:		
HBsAg:	Σφύξεις:		
Listeriae tox.:	Κάπνισμα:		
CMV			
Ερυθρά:	Ετερόζυγος B Μεσογειακή αναιμία:		
Βάρος:	Αρχικό:	Τελικό:	Αύξηση Βάρους:
Φάρμακα:			
Θηλάκιο:	Άρρηκτο:	Ερρηγμένο:	Ημ/νία:
Αμν. υγρό:	Διαυγές	Κεχρωμένο:	Παρατηρήσεις:

ΤΟΚΕΤΟΙ

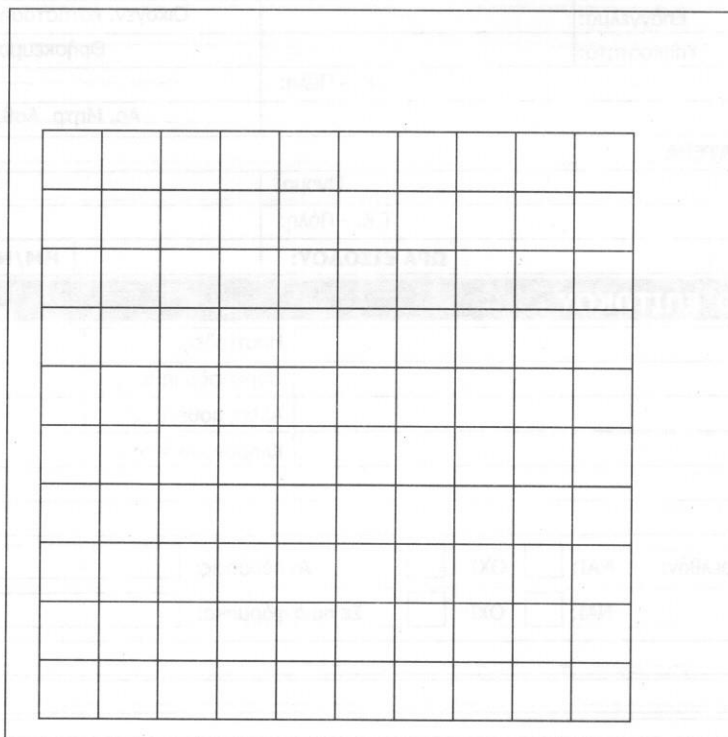
Κύηση	Έτος	Εβδ. κύησης	Είδος τοκετού	Φύλο	Βάρος	Επιπλοκές

ΠΑΡΤΟΓΡΑΜΜΑ

ΔΙΑΣΤΟΛΗ

Τελεία

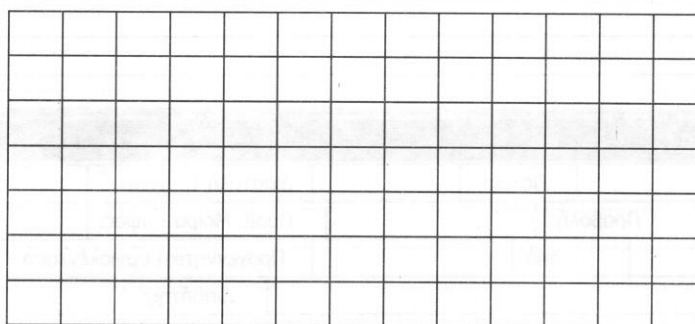
10cm
9cm
8cm
7cm
6cm
5cm
4cm
3cm
2cm
1cm
0cm



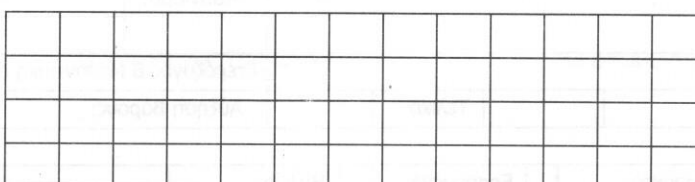
Χωρίς εξάλειψη

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

ΠΑΛΜΟΙ



ΩΔΙΝΕΣ /10'
ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ
ΟΞΥΤΟΚΙΝΗ
ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ



APGAR SCORE

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ				1'	5'	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΚΑΡΔΙΑΚΟΙ ΠΑΛΜΟΙ	ΑΠΟΥΣΙΑΖΟΥΝ 0	ΚΑΤΩ ΤΩΝ 100/1'	ΑΝΩ ΤΩΝ 100/1'	2		
ΑΝΑΠΝΟΗ	ΑΠΟΥΣΙΑΖΕΙ 0	ΑΡΓΗ & ΑΡΡΥΘΜΗ 1	ΚΛΑΜΑ ΖΩΗΡΟ 2			
ΜΥΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	ΑΤΟΝΟΣ 0	ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟΣ 1	ΕΝΕΡΓ. ΚΙΝΗΣ 2			
ΧΡΩΜΑ	ΩΧΡΟΚΥΑΝΟ 0	ΚΥΑΝΑ ΑΚΡΑ 1	ΡΟΔΑΛΟ 2			
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ	ΚΑΜΜΙΑ 0	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ 1	ΦΤΕΡΝΙΣΜΑ-ΚΛΑΜΑ 2			
ΣΥΝΟΛΟ:						

ΤΟΚΕΤΟΣ

Φυσιολογικός: ☐ Υστεροτοκία: Περинеοτομή: ΝΑΙ: ☐ ΟΧΙ: ☐

Σικουουλκία: ☐ Λόγω:

Εξελκυσμός: ☐

Εμβρυουλκία: ☐

Καισαρική τομή: ☐

Υπεύθυνος:

Ενεργήσας:

Μαία:

Αναισθ/γος:

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ:

Ημ/νία: Ώρα: Χειρουργός:

Αρ. Βιβλίου: Χειρουργός:

Αναισθ/γος: Χειρουργός:

Αδελφή:

ΝΕΟΓΝΟ

Αριθμός: Γένος: Ζωντανό: ☐ Νεκρό: ☐ Οθησιγενές: ☐ Ώριμο: ☐ Πρόωρο: ☐ Παρατασιακό: ☐

Ομάδα αίματος - Rh: Βάρος: Kg Ύψος: cm Βάρος πλακούντα: Kg

Αμ. COOMBS: ANTI-D ορός ΝΑΙ: ☐ ΟΧΙ: ☐ Θηλασμός: ΝΑΙ: ☐ ΟΧΙ: ☐

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΝΕΟΓΝΟΥ

ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΔΕΞΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΠΟΤΥΠΩΜΑ ΠΕΛΜΑΤΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

Η Προϊσταμένη που παρίσταται στον τοκετό:

Ονοματεπώνυμο - υπογραφή

[illegible]

Ημ/νία εξόδου:

Είδος τοκετού:

Φαρμακευτική αγωγή:

Οδηγίες:	

Ο Διευθυντής Κλινικής

υπογραφή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ

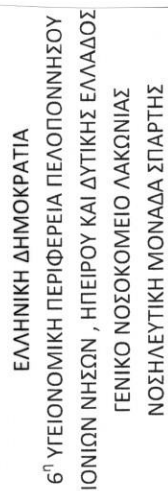
ΚΛΙΝΙΚΗ.....

ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΑΡΧΕΩΣ	Είδος και Δόση Φαρμάκου	Ωρες Νοσηλείας	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΕΩΣ

22PROC011009930 2022-07-27

6012



ΔΕΛΤΙΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ

22PROC011009930 2022-07-27

ΚΑΝΙΚΗ.....ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....

[illegible]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Ονοματεπώνυμο

Ηλικία

Επάγγελμα

Ημερομηνία εξέτασως

Κληρονομικό

Ατομικό αναμνηστικό

Τρόπος και έξεις

Παρούσα νόσος

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Αναπνευστικό

Κυκλοφορικό

Άκρα

Πεπτικό

Εργαστηριακός έλεγχος

Θεραπεία *Θεραπεία*

22PROC011009930 2022-07-27

5924

22PROC011009930 2022-07-27

ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ

6010



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΙΡΤΗΣ



ΚΛΙΝΙΚΗ:

Ονοματεπώνυμο

Ηλικία

Πατρίδα:

Επάγγελμα

Ημερομηνία εξετάσεως

Κληρονομικό

Ατομικό αναμνηστικό

Τρόπος και έξεις

Παρούσα νόσος

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Επισκόπηση:

Αναπνευστικό

Κυκλοφορικό

Πεπτικό

Άκρα

Εργαστηριακός έλεγχος

Θεραπεία

22PROC011009930 2022-07-27

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟ
ΠΛΑΣΜΑ (ΑΝΘΡΩΠΟΥ)

Νο ΑΣΚΟΥ Ομάδα Rh

Ημερ. Παρασκευής ώρα

Ημερ. Παράδοσης ώρα

Όνομα Δέκτη

6108

9x7

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ν^ο
ΟΜΑΔΑ - 6

A

Rh ΘΕΤΙΚΟ

Όριο χρήσεως :

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ**

4x6
5810

adeson
KRIS-LINE

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ν^ο 2

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ**

Το αίμα του υπ' αριθ.ασκού

Ομάδας Rh-**ΚΛΙΝΙΚΗ**.....

Βρέθηκε **ΣΥΜΒΑΤΟ** προς το αίμα του ασθενή

Ομάδας Rh.....**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ**.....

Ημερομηνία20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΤΕΛΕΣΑΝΤΟΣ ΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ν^ο 2

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ**

Το αίμα του υπ' αριθ.ασκού

Ομάδας Rh-**ΚΛΙΝΙΚΗ**.....

Βρέθηκε **ΣΥΜΒΑΤΟ** προς το αίμα του ασθενή

Ομάδας Rh.....**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ**.....

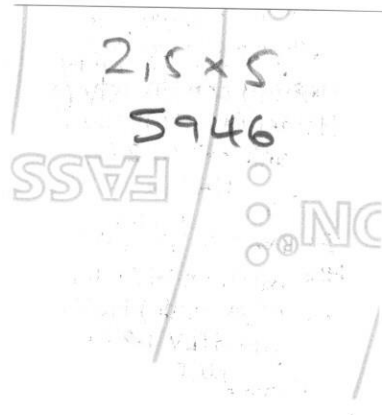
Ημερομηνία20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΚΤΕΛΕΣΑΝΤΟΣ ΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗ

8,5 x 7

5827

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ ΝΟ 3
Έγινε έλεγχος για
RPR (-) anti HIV I/ II (-)
Hbs Ag(-) anti(-) HCV (-)
anti HTLV 1-2 (-)
NAT (-)



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ν^ο 2

ΟΜΑΔΑ

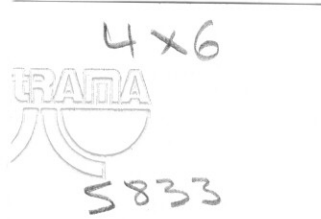
0

5

Rh ΘΕΤΙΚΟ

Όριο χρήσεως :

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ**



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Ν^ο 1

ΣΤΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Όνομα πατρός _____

Κλιν. _____

Ομάδα _____

Rh _____

Ημερ. _____

Υπογρ. Γιατρού _____

5,5 x 6

5850

22PROC011009930 2022-07-27



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

23 100 ΣΠΑΡΤΗ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΤΑ ΕΝΤΥΜ
ΥΠΙΚΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΕΙΑ
2022

Αριθ. Πρωτ.

ΠΡΟΣ:

