



Αρ. Μητρ. Ασθ:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>		
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	Κλινική νοσηλείας:	<input type="text"/>
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ:	<input type="text"/>		
Διάγνωση:	<input type="text"/>	Είδος αναισθησίας:	<input type="text"/>				
Πιθανή επέμβαση:	<input type="text"/>	Πιθανή ώρα έναρξης:	<input type="text"/>				
Χειρουργός:	<input type="text"/>	Αναισθησιολόγος:	<input type="text"/>				

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αλλεργίες:	<input type="text"/>	
Προβλήματα δέρματος (κατακλίσεις, εκδορές, μυκητιάσεις, κλπ):	<input type="text"/>	
Αναπηρίες - νευρομυϊκά προβλήματα - τραχειοστομία:	<input type="text"/>	
Ξένες οδοντοστοιχίες, βλεφαρίδες, περούκα, άλλα:	<input type="text"/>	
Προθέσεις (ακουστικά, φακοί επαφής, τεχνητός οφθαλμός, γυαλιά, βηματοδότης, ισχίου):	<input type="text"/>	
Ιστορικό ασθενειών: διαβήτη, υπέρταση, υπόταση, καρδιαγγειακά νοσήματα, πυρετός, κάπνισμα, μεταδοτικά νοσήματα, παθολογικές εξετάσεις, άλλα:	<input type="text"/>	
Ρίγη, παθολ. βάρος, αφύσικο ύψος, καθετήρες, παροχετεύσεις:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Χορηγούμενα φάρμακα:	<input type="text"/>	
Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις:	<input type="text"/>	
Ειδικές ανάγκες (θέσεις, μηχανήματα, προετοιμασία δέρματος, κλπ):	<input type="text"/>	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ		ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ
Προσανατολισμός (που βρίσκεται και γιατί):	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Γλωσσικά:	<input type="text"/>	
Συναισθηματική κατάσταση: Φόβος: <input type="checkbox"/> Ανασφάλεια: <input type="checkbox"/> Μοναξιά: <input type="checkbox"/> Άλλα: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ
Οικογενειακή υποστήριξη: Σύζυγος: <input type="checkbox"/> Τέκνα: <input type="checkbox"/> Φίλοι: <input type="checkbox"/> Κανένας: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Όνομα:	<input type="text"/>	
Που θα βρίσκονται οι συγγενείς εάν είναι εκτός νοσοκομείου:	<input type="text"/>	
Τηλ:	<input type="text"/>	
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ – ΩΡΑ
Υποχρεωτικό λουτρό το βράδυ	<input type="text"/>	
Εγχειρητικό πεδίο μετά το λουτρό καθαριότητας	<input type="text"/>	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ
Τίποτα από το στόμα	<input type="text"/>	
Αφαίρεση κοσμημάτων, make up, οδοντοστοιχίες, βερνίκι νυχιών, φακών επαφής, περούκας, καρφίδες μαλλιών, κοπή νυχιών	<input type="text"/>	
Τοποθέτηση εφεστρίδας δεμένο μόνο στο επάνω, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής, χάρτινο εσώρουχο (το πρωί)	<input type="text"/>	
Άδειο στομάχι, μόνο αναγκαία προνάρκωση (το πρωί)	<input type="text"/>	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Ενημέρωση για πιθανή ώρα έναρξης της επέμβασης	<input type="text"/>	
Ενημέρωση για τον τρόπο μεταφοράς στο χειρουργείο	<input type="text"/>	
Χώρος αναμονής συγγενών	<input type="text"/>	
Παρενέργειες προνάρκωσης, υπνηλία, ναυτία, ταχυσφυγμία	<input type="text"/>	
ΠΡΟΣΟΧΗ: Να αδειάσετε την κύστη πριν τη προνάρκωση	<input type="text"/>	

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Ημ/νία:		Χειρουργός:		Αναισθησιολόγος:		
Αίθουσα:		Επέμβαση:	Προγραμματισμένη:	Έκτακτη:	(σημειώστε με x στο ανάλογο πεδίο)	
ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ		ΩΡΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	Προγραμματισμένη ώρα:	Αρχή:	Επόμε. επέμβ.:	
			Ώρα χειρουργείου:	Είσοδος:	Έξοδος:	
			Ώρα επέμβασης:	Αρχή:	Τέλος:	
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ		
		Αναγνώριση στοιχείων		ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ		
		Εργαστηριακά – Αυστραλιανό αντιγόνο		Γενική	Βραχεία γενική	
		Αναισθησιολογικό διάγραμμα		Περιοχική	Βραχιονικό block	
		Συγκατάθεση ασθενούς ή συγγενή			Ν.Λ.Α.	
		Επιβεβαίωση του πάσχοντος οργάνου (ΔΕ-ΑΡ)		Επισκληρίδιος		
		Τίποτα από το στόμα – έλεγχος		Stand by Τοπική		
		Αλλεργίες, αν ναι, έχουν γραφτεί		ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ		
		Οδοντοστοιχίες, κοσμήματα, make up, προσθέτων (φακών επαφής κλπ) Έχουν αφαιρεθεί:		Ιστολογική	Ταχεία	
				Ιστοχημεία	Καλλιέργεια	
					Κυτταρολογική	
				ΦΑΡΜΑΚΑ – ΥΓΡΑ – ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ - ΑΛΛΑ		
				ΔΟΣΗ:	ΩΡΑ:	
					ΟΔΟΣ:	
				ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ		
				Υλικό:	Catalogue number:	
		Ζωτικά σημεία σημειωμένα		Κατασκευάστρια εταιρία:	Lot number:	
		Προνάρκωση έχει δοθεί:		ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ		
		Κένωση κύστης		Κλειστή τραύματος	Pen-rose	
		ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ			Γυναικ. Ταμπόν	
		Διαθερμία κοινή		Κλειστή θώρακος	Shirley	
		Στοιχεία μηχανήματος		Kehr	Levin	
		Γείωση		Νούμερο:	Θέση:	
		Διαθερμία διπλοκή		ΣΥΡΡΑΦΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ		
		Στοιχεία μηχανήματος		Ενδοδερμική	Ράμματα	
		Λαπαροσκοπική διαθερμία			Τάσεις	
					Συρραπτικό δέρματος	
		ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ		ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ		
		Απλή γάζα		Ορθομπάν	Ελαστικός επίδεσμος	
Folley	Netation	Προέλεγχος μπαλονιού		Steri-strips	Λευκοπλάστ	
No				Micropore	Ταπε μετάξας	
Ποσόν & χρώμα		Χωρητικότητα μπαλονιού				
Τοποθετήθηκε από:				ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ		
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΣΗ		ΕΙΔΟΣ		ΣΩΣΤΗ	ΛΑΘΟΣ	
Ύπτια	Πρηνής	Πρηνής γωνιώδης		Εργαλεία		
Πλάγια γωνιώδης		Λιθοτομή		Γάζες		
Εξαρτήματα θέσεων		Άλλα		Βελόνες		
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ		ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ		ΑΠΟΒΛΗΤΑ		
Povidone iodine	Alcohol pure			1. Καθαρό	ΝΑΙ	
Άλλα	Br. Cetrinani			2. Καθαρό – Σηπτικό	ΟΧΙ	
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ		3. Σηπτικό	Αν ναι, περιγράψτε:	
ΙΣΧΑΙΜΟΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗ				4. Ρυπαρό		
Αριστερό πόδι:		Αριστερό χέρι:		ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ		
Πίεση mm/Hg ON ώρα:		OFF ώρα:				
Δεξί πόδι		Δεξί χέρι				
Πίεση mm/Hg ON ώρα:		OFF ώρα:				
ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ						
Μικροσκόπιο		Αναρρόφηση				
Laser		Video				
Ορθωπ. Έκταση		X – ray / C – cam				
Κανένας		Πνευμοπεριτοναίο		ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΡΙΑ/ΤΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ/ΤΗΣ	ΩΡΑ
Υπέρηχοι		Κρυσπηξία				
Άλλα		Θερμοπηξία		ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	ΩΡΑ
		Ψηφιακός Αγγειογράφος				
				Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΕ ΣΕ:		
ΘΕΡΜΑΙΝΟΜΕΝΗ – ΨΥΞΗΣ ΚΟΥΒΕΡΤΑ		ΜΕΘ				
ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΚΛΙΝΙΚΗ		
				ΑΛΛΟΥ:		
Serial No:			ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ			
Θερμοκρασία:						