

Ημ/νία: Αρ. Μητρ. Ασθ: **ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Απία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς χειρουργικής επέμβασης ή της αναισθησίας την οποία θα λάβω :

Είδος επέμβασης:

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
2. Να μου χορηγηθεί γενική ή περιοχική αναισθησία ή ήπια καταστολή, ή αν απαιτηθεί μεταβολή της μεθόδου αναισθησίας κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, από τους αναισθησιολόγους οι οποίοι μου εξήγησαν με απλά λόγια και με λεπτομέρεια τους κινδύνους, τις παρενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές της αναισθησίας.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος ή/και άλλομοσχεύματα που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΕίδος επέμβασης - αναγκαιότητα - σκοπός: Πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:

- (α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή του συγγενή
που παρέχει τη συγκατάθεση



Ημ/νία:
Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΙΜΑΛΦΩΝ & ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Αρ. Ασθ. Ταυτ.:	<input type="text"/>	Στοιχεία συνοδού:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΧΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Τμήμα / Κλινική:	<input type="text"/>	Θάλαμος:	<input type="text"/>
Θέση Νοσηλείας :	<input type="text"/>	Ημ/νία:	<input type="text"/>
		Ώρα προσέλευσης:	<input type="text"/>

ΠΑΡΕΛΗΦΘΕΝΤΑ ΕΙΔΗ

Α. Χρήματα :	<input type="text"/>
Β. Έγγραφα :	<input type="text"/>
Γ. Τιμαλφή :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Ο/Η Νοσηλεύτης/τρια
(ή άλλο μέλος του προσωπικού του Νοσοκομείου)

Ο/Η Διασώστης ΕΚΑΒ

Ο/Η Ασθενής ή Συνοδός

(Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)

(Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)

(Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗΣ

Οι κάτωθι υπογεγραμμένοι βεβαιώνουν για την παραλαβή και σφράγιση των άνω τιμαλφών εντός φακέλου υπ' αριθμ.

Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ο/Η Ταμίας

	Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Όνοματεπώνυμο - Υπογραφή)



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:	Ημ/νία γέννησης:	Φύλο:	A	Θ	Κλινική νοσηλείας:
Ασφ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφ:		Α.Δ.Τ.:		
Διάγνωση:			Είδος αναισθησίας:		
Πιθανή επέμβαση:			Πιθανή ώρα έναρξης:		
Χειρουργός:		Αναισθησιολόγος:			

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αλλεργίες:

Προβλήματα δέρματος (κατακλίσεις, εκδορές, μυκητιάσεις, κλπ):

Αναπηρίες - νευρομυϊκά προβλήματα - τραχειοστομία:

Ξένες οδοντοστοιχίες, βλεφαρίδες, περούκα, άλλα:
Προθέσεις (ακουστικά, φακοί επαφής, τεχνητός οφθαλμός, γυαλιά, βηματοδότης, ισχίου):

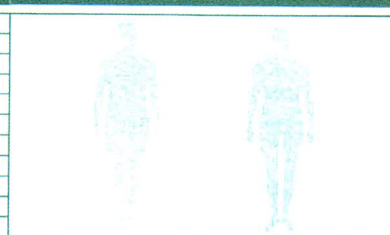
Ιστορικό ασθενειών: διαβήτης, υπέρταση, υπόταση, καρδιοαγγειακά νοσήματα, πυρετός, κάπνισμα, μεταδοτικά νοσήματα, παθολογικές εξετάσεις, άλλα:

Ρίγη, παθολ. βόρος, αφύσικο ύψος, καθετήρες, παροχετεύσεις:

Χορηγούμενα φάρμακα:

Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις:

Ειδικές ανάγκες (θέσεις, μηχανήματα, προετοιμασία δέρματος, κλπ):



ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ

ΝΑΙ	ΟΧΙ	
		Βαθιές αναπνοές
		Πιέζετε την κοιλιακή χώρα με τα χέρια
		Βήχετε
		Αλλάζετε συχνά θέσεις
		Θα παίρνετε οπρούς ΜΤΧ
		Θα έχετε παροχετεύσεις τραύματος
		Θα έχετε μάσκα O ₂ στην ανάνηψη
		Πιθανός χρόνος αναμονής στην ανάνηψη
		Συνεχής καταγραφή ζωτικών σημείων στην ανάνηψη
		Μεταφορά στη ΜΕΘ αν χρειάζεται
		Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου
		Άλλα σχόλια:

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Προσαρμοσιακός (που βρίσκεται και γιατί): ΝΑΙ ΟΧΙ

Γλωσσικά:

Συναίσθηματική κατάσταση: Φόβος: Ανασφάλεια: Μοναξιά: Άλλα:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οικογενειακή υποστήριξη: Σύζυγος: Τέκνα: Φίλοι: Κανένας:

Όνομα:

Που θα βρίσκονται οι συγγενείς εάν είναι εκτός νοσοκομείου:

Τηλ:

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Υποχρεωτικό λουτρό το βράδυ

Εγχειρητικό πεδίο μετά το λουτρό καθαριότητας

Τίποτα από το στόμα

Αφαίρεση κοσμημάτων, make up, οδοντοστοιχίες, βερνίκι νυχιών, φακών επαφής, περούκας, καρφίδες μαλλιών, κοπή νυχιών

Τοποθέτηση εφεσθρίδας δεμένο μόνο στο επάνω, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής, χάρτινο εσώρουχο (το πρωί)

Άδειο στομάχι, μόνο αναγκαία προνάρκωση (το πρωί)

Ενημέρωση για πιθανή ώρα έναρξης της επέμβασης

Ενημέρωση για τον τρόπο μεταφοράς στο χειρουργείο

Χώρος αναμονής συγγενών

Παρενέργειες προνάρκωσης, υπνηλία, ναυτία, ταχυσφυγμία

ΠΡΟΣΟΧΗ: Να αδειάσετε την κύστη πριν τη προνάρκωση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ - ΩΡΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Ημ/νία:		Χειρουργός:		Αναισθησιολόγος:	
Αίδουσα:		Επέμβαση:	Προγραμματισμένη:	Έκτακτη:	(σημειώστε με x στο ανάλογο πεδίο)
ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ		ΩΡΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ	Προγραμματισμένη ώρα:	Αρχή:	Επόμεν. επέμβ.:
			Ωρα χειρουργείου:	Είσοδος:	Έξοδος:
			Ωρα επέμβασης:	Αρχή:	Τέλος:
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ	
		Αναγνώριση στοιχείων		ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	
		Εργαστηριακά – Αυστραλιανό αντηγόνο		Γενική	Βραχεία γενική
		Αναισθησιολογικό διάγραμμα		Περιοχική	Βραχονικό block
		Συγκριτική αφαίρεση ή συγγενή		ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ	
		Επιβεβαίωση του πάσχοντος οργάνου (ΔΕ-ΑΡ)		Ιστολογική	Ταχεία
		Τίποτα από το στόμα – έλεγχος		Ιστοχημεία	Ορμονοειδοδοχείς
		Αλλεργίες, αν ναι, έχουν γραφτεί		ΦΑΡΜΑΚΑ – ΥΓΡΑ – ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ - ΆΛΛΑ	
		Οδοντοστοιχίες, κοσμήματα, make up, προσθέτων (φακών επαφής κλπ) Έχουν αφαιρεθεί:		ΔΟΣΗ:	ΩΡΑ:
		Ζωτικά σημεία σημειωμένα		ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ	
		Προνάρκωση έχει δοθεί:		Υλικό:	Catalogue number:
		Κένωση κύστης		Κατασκευάστρια εταιρία:	Lot number:
		ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ		ΠΑΡΟΧΕΥΣΕΙΣ	
		Διαθερμία κοινή		Κλειστή τραύματος	Pen-rose
		Στοιχεία μηχανήματος		Κλειστή θώρακος	Shirley
		Γείωση		Kehr	Levin
		Διαθερμία διπλοκή		Νούμερο:	Θέση:
		Στοιχεία μηχανήματος		ΣΥΡΡΑΦΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	
		Λαπαροσκοπική διαθερμία		Ενδοδερμική	Ράμματα
		ΚΑΘΕΤΡΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ		Επίδση	Τάσεως
		Folley		Ανή γάζα	Ορθομόν
		Netation		Steri-strips	Λευκοπλάστ
		Προέλεγχος μπαλονιού		Micro-pore	Ταπε μετάξας
		No		ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	
		Ποσόν & χρώμα		Ελαστικός επίδεσμος	
		Χωρητικότητα μπαλονιού		Δικτυωτός επίδεσμος	
		Τοποθετήθηκε από:		ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	
		ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΣΗ		ΕΙΔΟΣ	ΣΩΣΤΗ
		Υγία		Εργαλεία	ΛΑΘΟΣ
		Πρηγής		Γάζες	
		Πλάγια γωνιώδης		Βελόνες	
		Λιθοτομής		ΑΠΟΒΛΗΤΑ	
		Εξαρτήματα θέσεων		ΝΑΙ	
		ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ		ΟΧΙ	
		Povidone iodine		Αν ναι, περιγράψτε:	
		Alcohol pure		1. Καθαρό	
		Άλλα		2. Καθαρό – Σηπτικό	
		Br. Cetrinani		3. Σηπτικό	
		ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ: ΝΑΙ		4. Ρυπαρό	
		ΟΧΙ		ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	
		ΣΥΣΧΑΙΜΟΣ ΠΕΡΙΔΕΣΗ		ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΡΙΑ/ΤΗΣ	
		Αριστερό πόδι:		ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΤΡΙΑ/ΤΗΣ	
		Αριστερό χέρι:		ΩΡΑ	
		Πίεση mm/Hg ON ώρα:		ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	
		OFF ώρα:		ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΤΡΙΑ/ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	
		Δεξί πόδι:		ΩΡΑ	
		Δεξί χέρι:			
		Πίεση mm/Hg ON ώρα:			
		OFF ώρα:			
		ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ		Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΕ ΣΕ:	
		Μικροσκόπιο		ΜΕΘ	
		Laser		ΚΛΙΝΙΚΗ	
		Αναρρόφηση		ΆΛΛΟΥ:	
		Video		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ	
		Ορθωπ. Έκταση			
		Χ – ray / C – cam			
		Κανένας			
		Πνευμοπερτοναίο			
		Υπέρηχοι			
		Κρυσπηξία			
		Άλλα			
		Θερμοπηξία			
		Ψηφιακός Αγγειογράφος			
		ΘΕΡΜΑΙΝΟΜΕΝΗ – ΨΥΞΗΣ ΚΟΥΒΕΡΤΑ			
		ΝΑΙ			
		ΟΧΙ			
		Serial No:			
		Θερμοκρασία:			