

	Ναι	Όχι	Παρατηρήσεις
Κατακλίσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Στάδιο / Θέση:
Τραχειοστομία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ημ/νία τελευταίας αλλαγής:
Ρινογαστρικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Γαστροστομία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ουροκαθετήρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ημ/νία τελευταίας αλλαγής:
Κεντρική Φλεβική Γραμμή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τύπος: Ημ/νία τελευταίας αλλαγής:
Στομίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τύπος:.....
Βηματοδότης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Τραχειοστομία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Νεφροστομία/ες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ημ/νία τελευταίας αλλαγής:
Παροχέτευση Πλευριτικής Συλλογής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τύπος:

- **Κινητικότητα:** Περιπατητικός Μερικώς εξαρτώμενος Κατακεκλιμένος
- **Ανάγκη Φυσικοθεραπείας:** Ναι Όχι

Γ. Ζωτικά Σημεία/ Αδρή Κλινική Εξέταση

Αρτηριακή Πίεση (mmHg) / Αναπνοές (/min)

Σφύξεις (/min) SpO₂ (%)

Θερμοκρασία (°C) GCS

Σύστημα	Ευρήματα
Γενική Εικόνα	
Νευρικό	
Αναπνευστικό	
Καρδιαγγειακό	
Γαστρεντερικό	
Ουροποιητικό	
Δέρμα	
Ψυχική Σφαίρα	

Δ. ΠΡΟΣΦΑΤΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ	.../.../20...	ΕΞΕΤΑΣΗ	.../.../20....
Αιματοκρίτης (%)		SGOT (IU/L)	
Αιμοσφαιρίνη (g/dL)		SGPT (IU/L)	
MCV (fl)		ALP (IU/L)	
Λευκά (/μl)		LDH (IU/L)	
Τύπος λευκών (%) (Π/Λ/Μ)		γ-GT (IU/L)	
Αιμοπετάλια (Κ/μl)		Αλβουμίνη (g/dl)	
Σάκχαρο (mg/dl)		Πρωτεΐνες g/dl	
Ουρία (mg/dl)		Χολερυθρίνη ολ. (mg/dl)	
Κρεατινίνη (mg/dl)		CRP (mg/dl)	
Κάλιο (mmol/l)		PCT (ng/ml)	
Νάτριο (mmol/l)		Ινωδογόνο (mg/dl)	
Ασβέστιο (mg/dl)			
Μαγνήσιο (mg/dl)			

- **Λοιπός Έλεγχος**

ΕΞΕΤΑΣΗ	(+)	(-)
HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
antiHCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Καλλιέργειες βιολογικών υγρών:** Δεν υπάρχουν Υπάρχουν →

Υλικό	Ημ/νία	Αποτέλεσμα
Αίμα		
Ούρα		
Πτύελα		
Άλλο:		

- **Επίχρισμα από μασχालιαίες και μηροβουβωνικές πτυχές για Candida Auris :**

ΘΕΤΙΚΟ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ

Δ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (συμπληρώνεται για κάθε διαθέσιμη εξέταση –ή επισυνάπτονται τα πορίσματα)

ΔΕΝ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΗΚΕ

ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΗΚΕ→

Ημ/νία	Είδος Εξέτασης	Περιοχή	Βασικά Ευρήματα
	<input type="checkbox"/> A/α <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Άλλο:		
	<input type="checkbox"/> A/α <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Άλλο:		
	<input type="checkbox"/> A/α <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Άλλο:		
	<input type="checkbox"/> A/α <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Άλλο:		

Ε. Εκτιμήσεις Ιατρών Άλλων Ειδικοτήτων

ΔΕΝ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΗΚΑΝ

ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΗΚΑΝ→

Ημ/νία	Κλινικό Ερώτημα	Ειδικότητα	Σύσταση Ειδικού

ΣΤ. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΣΤ1. Αντιμικροβιακή αγωγή κατά τη νοσηλεία (αντιβιοτικό, χρόνος χορήγησης)

ΣΤ2. Λοιπή Τρέχουσα Φαρμακευτική Αγωγή

Ζ. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Μεταγγίσεις αίματος/ παραγώγων: Όχι στην παρούσα νοσηλεία
 Ναι → _____
 - Γνωστός αποικισμός από MDR παθογόνα: Όχι γνωστός
 Ναι → _____
-

Η. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

- Ονοματεπώνυμο:
- Ειδικότητα:
- Νοσοκομείο:
- Τηλέφωνο / Email:

Ημερομηνία:/...../.....

Υπογραφή & Σφραγίδα Ιατρού: