

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: | NAI ◻ OXI ◻ |
| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ (εάν δεν αφορά ασθενή μην παραλείψετε να καταγράψετε τα στοιχεία του θύματος): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: |
|  |
|  |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 ONOM/MO & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΕΛΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ