Υπουργείο Υγείας

ΚΩΔ.N001

**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 | Προγραμματισμένη: | Επείγουσα: | | | | | |
| Τρόπος Μεταφοράς | Περιπατητικός: | Τροχήλατη καρέκλα: | | | Φορείο: | | |
| Συνοδεύεται | Ναι | Όχι | | | | | |
| Πληροφορίες δίνει: | Ο ασθενής: | 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 (0C): | | | Αναπνοές (/min): |
| Κορεσμός Ο2: | | | | | | | |
| Σωματομετρικά Στοιχεία: | Ύψος (cm): | Βάρος(kg): | | | | | |
| Ομιλία : | Καλή: Βράγχος: Δεν μπορεί να μιλήσει: Oμιλεί ξένη γλώσσα: | | | | | | |
| Ακοή: | Κανονική : | Βαρηκοΐα: | | | Κώφωση: | | |
| Όραση: | Κανονική : | Υποβοηθούμενη: | | | Τύφλωση: | | |
| Βάδιση: | Κανονική: | Υποβοηθούμενη: | | | | | |
| ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: | | | | | | | |
| ΔΕΡΜΑ | | | | | | | |
|  | Χρώμα : | | Φυσιολογικό: | | | | |
| Κυανωτικό: | | | | |
| Ικτερικό: | | | | |
| Ωχρό: | | | | |
| Εξανθήματα: | | | | | | |
| Έλκη: | | | | | | |
| Εκδορές: | | | | | | |
| Κατακλίσεις: | | | | | | |
| Παρατηρήσεις: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΟΝΟΣ | | | | |
| Ναι 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 ΣΥΣΤΗΜΑ | | | | |
| Χωρίς συμπτώματα: | | | | |
| Καρδιακός ρυθμός: | Ρυθμικός: | | Άρρυθμος: | |
| Υπέρταση: | Ναι | | Όχι | |
| Παρατηρήσεις: | | | | |
| ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | | | | |
| Χωρίς συμπτώματα: | | | | |
| Αναπνοή: | Κανονική: | Εργώδης: | Δύσπνοια: |  |
| Βήχας: | Ναι | Με απόχρεμψη: | | |
| Χωρίς απόχρεμψη: | | |
| Όχι | | | |
| Παρατηρήσεις: | | | | |
| ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | | | | |
| Χωρίς συμπτώματα: | | | | |
| Ναυτία: | Ναι | | Όχι | |
| Έμετος : | Ναι | | Όχι | |
| Διάταση κοιλίας: | Ναι | | Όχι | |
| Παχύ έντερο: | Κένωση: ◻ Φυσιολογική, ◻ Δυσκοιλιότητα, ◻ Διάρροια, ◻ Μέλαινα Κένωση, ◻ Αιμμοροίδες, ◻Διάταση κοιλιάς, ◻ Κολοστομία | | | |
| Παρατηρήσεις: | | | | |
| ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | | | | |
| Χωρίς συμπτώματα: | | | | |
| Συχνουρία: | Ναι | | Όχι | |
| Δυσουρία: | Ναι | | Όχι | |
| Αιματουρία: | Ναι | | Όχι | |
| Ολιγουρία: | Ναι | | Όχι | |
| Aνουρία: | Ναι | | Όχι | |
| Παρατηρήσεις: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | | |
| Χωρίς συμπτώματα: | | |
| Σακχαρώδης Διαβήτης: | Τύπου 1 (Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος):  Τύπου 2 (Ινσουλινοεξαρτώμενος): | |
| Διαταραχές θυρεοειδούς: | Υπερθυρεοειδισμός: | Υποθυρεοειδισμός: |
| Παρατηρήσεις: | | |
| ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | | |
| Χωρίς 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 Νοσηλευτής/τρια

(ονοματεπώνυμο-υπογραφή)