



ΔΕΛΤΙΟ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΒΑΡΔΙΑ ΤΟΜΕΑΣ ΑΡ. ΚΥΚΛΟΦ.

ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΑ: αρχή βάρδιας τέλος βάρδιας

Α. Μ. ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ: 1)

2)

ΩΡΕΣ ΣΗΜΑΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ωρα λήψης σήματος :..... Ονοματεπώνυμο:

» άφιξης επί τόπου :..... Διεύθ. παραλαβής:

» παραλαβής ασθενούς :..... Αιτία διακομιδής:

» άφιξης στο Νοσοκομείο :..... Νοσοκομείο παράδοσης:

» τέλους :.....

ΑΡΝΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

Ονοματεπώνυμο: Αρ. ταυτότητας:

Συγγεν. σχέση: Υπογραφή:

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

Καρέκλα Φορείο Scoop Σανίδα ακινητοποίησης Φορείο Θέση ασφαλείας

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αναπνοή	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Απώλεια συνείδ.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Τραύμα	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Κάταγμα	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Χορήγ. οξυγόν.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Χρ. αυτόμ. απινιδ.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αιμορραγία	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Ακινήτ. ΑΜΣΣ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κορεσμός	<input type="text"/> %	Διατ. αεραγωγού	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αιμόσταση	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	» ΟΜΣΣ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αρτηρ. πίεση	<input type="text"/>	Χρήση ambu	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Διατ.θερμ.σώμ.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Άνω άκρο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Σφύξεις	<input type="text"/>	Αναρρόφηση	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			Κάτω άκρο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (που παραδόθηκαν στο Νοσοκομείο)

1. 3.

2. 4.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. 3.

2. 4.

Για την παραλαβή
από το Νοσοκομείο

το πλήρωμα

Για την παράδοση

1.

2.