



Αριθμός ασθενούς    Αρχικά ασθενούς    ΗΛΙΚΙΑ

ΦΥΛΟ  Γυναίκα  Άνδρας Ημέρα εισαγωγής

ΒΑΡΟΣ (kg)    kg  εκτιμώμενο  μετρούμενο

ΥΨΟΣ (cm)    cm  εκτιμώμενο  μετρούμενο Συγκατάθεση ασθενους  ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΜΟΝΟ ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΕ!

1. Αυτή η εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν:  προγραμματισμένη  επείγουσα  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

2α. Διαγνωση κατά την εισαγωγή (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0100 Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα  | <input type="checkbox"/> 1300 Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού                                  |
| <input type="checkbox"/> 0200 Νεοπλασμάτα  | <input type="checkbox"/> 1400 Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος  |
| <input type="checkbox"/> 0300 Παθήσεις του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού | <input type="checkbox"/> 1500 Κύηση, τοκετός και λοχεία   |
| <input type="checkbox"/> 0400 Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις   | <input type="checkbox"/> 1600 Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο                                  |
| <input type="checkbox"/> 0500 Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς   | <input type="checkbox"/> 1700 Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες                        |
| <input type="checkbox"/> 0600 Παθήσεις του νευρικού συστήματος   | <input type="checkbox"/> 1800 Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού |
| <input type="checkbox"/> 0700 Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του  | <input type="checkbox"/> 1900 Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες                       |
| <input type="checkbox"/> 0800 Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης   | <input type="checkbox"/> 2000 Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας  |
| <input type="checkbox"/> 0900 Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος   | <input type="checkbox"/> 2100 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας  |
| <input type="checkbox"/> 1000 Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος  |   |
| <input type="checkbox"/> 1100 Παθήσεις του πεπτικού συστήματος   |   |
| <input type="checkbox"/> 1200 Παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού  |   |

2β. Κύρια αιτία εισαγωγής (σημειώστε μία απάντηση από τα παρακάτω)

3. Ποιες νόσους/ συννοσηρότητα έχει ο ασθενής; (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

- |   |  |
|---|--|
| ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ       | Σακχαρώδης Διαβήτης <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ          |
| ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ   | Καρκίνος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ                     |
| Χρόνια πνευμονική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ   | Λοίμωξη <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ                      |
| Αγγειακή εγκεφαλική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Άνοια <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ                        |
| περιφερική αγγειακή νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Καταθλιπτική συνδρομή <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ        |
| Χρόνια ηπατική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ      | Άλλη χρόνια ψυχική διαταραχή <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| Χρόνια νεφρική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ      | Άλλη χρόνια νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ            |

4α. Προηγούμενη επέμβαση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

- Ναι, προγραμματισμένη  ΟΧΙ
- Ναι, έκτακτη

Ημέρες από την επέμβαση  Ημέρες

4β. Προγραμματισμένη επέμβαση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

- Ναι, σήμερα ή αύριο
- Ναι, αργότερα
- ΟΧΙ

5. Προηγούμενη εισαγωγή στη ΜΕΘ κατά τη συγκεκριμένη νοσηλεία  ΝΑΙ  ΟΧΙ

6. Είναι ο ασθενής τελικού σταδίου;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

7. Επίπεδο υγρών (ΣΗΜΕΡΑ)  κανονικός,  υπερφορτωμένος,  Αφυδατωμένος  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

8. Αριθμός διαφορετικών φαρμάκων (ΣΗΜΕΡΑ) Πόσιμα  άλλα

9. Ο ασθενής αναγνωρίστηκε ως δυσθρεπτικός ή σε κίνδυνο κακής θρέψης;  Δυσθρεπτικός  Σε κίνδυνο  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Παρακαλώ συνεχίστε με τη σελίδα 2β



ημερομηνία

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ    αρχικά ασθενούς

10. Ενδοφλέβια υγρά (ΣΗΜΕΡΑ)  Διάλυμα ηλεκτρολυτών (NaCl, Ringers, κ.λ.π)  5% ορός δεξτρόζης

11. Αριθμός πόσιμων συμπληρωμάτων διατροφής που προγραμματίζονται (ΣΗΜΕΡΑ)

12. Διατροφική πρόσληψη (ΣΗΜΕΡΑ) (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

|   |                           |                           |                                   |
|---|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Συνήθης νοσοκομειακή δίαιτα                                     | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Εμπολουτισμένο νοσοκομειακό φαγητό                              | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Πρωτεϊνοθερμιδικό συμπλήρωμα (π.χ. πόσιμο συμπλήρωμα διατροφής) | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή   | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή  | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ   | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |

13α. Γραμμες και καθετήρες (ΣΗΜΕΡΑ) (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

|                                |                           |                           |  |                           |                           |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|---------------------------|---------------------------|
| κεντρικός φλεβικός καθετήρας   | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | ΡΙνοδωδεκαδακτυλικός                             | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| Περιφερικός φλεβικός καθετήρας | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | ΕΝΤΕΡΟΣΤΟΜΙΑ                                     | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ                  | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | Διαδερμική ενδοσκοπική/ χειρουργική γαστροστομία | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| ΡΙΝΟΝΗΣΤΙΔΙΚΟΣ                 | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | Διαδερμική ενδοσκοπική/ χειρουργική νησιδοστομία | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ |

13β. Υπήρξαν επίπλοκές σχετιζόμενες για τις γραμμές και τους καθετήρες σίτισης από την ημέρα εισαγωγής; (λοιμώξεις/ απόφραξη)

Ναι, παλιότερα  Ναι, έως και σήμερα  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

14. Παρακαλώ σημειώστε αν κάτι από τα επόμενα έχει γίνει από τη στιγμή εισαγωγής του ασθενούς (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

|   |                           |                           |                                   |
|---|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Καθορίστηκαν οι ενεργειακές ανάγκες του ασθενούς            | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Καθορίστηκαν οι πρωτεϊνικές ανάγκες του ασθενούς            | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Η διατροφική πρόσληψη καταγράφηκε στο ιστορικό του ασθενούς | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Δημιουργήθηκε πλάνο διατροφικής φροντίδας                   | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Χορηγήθηκε συμβουλή από ειδικό σε θέματα διατροφής          | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| Η δυσθρεψία καταγράφηκε στο ιστορικό του ασθενούς           | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΟΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |

15α. Ενεργειακός στόχος (ΧΤΕΣ)

< 500 kcal  
 500 - 999 kcal  
 1000 - 1499 kcal  
 1500 - 1999 kcal  
 >= 2000 kcal  
 Δεν είναι καθορισμένο  
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Or please insert  kcal/kg

15β. Ενεργειακή πρόσληψη (ΧΤΕΣ)

< 500 kcal  
 500 - 999 kcal  
 1000 - 1499 kcal  
 1500 - 1999 kcal  
 >= 2000 kcal  
 Δεν είναι καθορισμένο  
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Or please insert  kcal/kg

16. Από την εισαγωγή, το επίπεδο υγείας του ασθενούς ...

Βελτιώθηκε  Ο ασθενής μόλις εισήχθη  
 Χειροτέρεψε  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ  
 Παρέμεινε το ίδιο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!