

ΚΩΔ.Μ001

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ-ΑΟΜ ΣΗΤΕΙΑΣ ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

**ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:**

|  |
| --- |
| ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ |
| Επώνυμο: | Όνομα: | Πατρώνυμο: |
| Ημερομηνία Γέννησης: |
| Ημερομηνία εισαγωγής: |
| Ημερομηνία εξόδου: |
| ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΗΜ/ΝΙΑ | ΩΡΑ | ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΣΕ ΤΗΝ ΟΔΗΓΙΑ | ΩΡΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| \*Μετά από κάθε σειρά ιατρικών οδηγιών σύρετε γραμμή αποπεράτωσης |