

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
ΑΜΚΑ		ΗΜ. ΓΕΝ.	
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ		ΚΛΙΝΙΚΗ	
ΕΙΔΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ			
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ	ΥΨΗΛΟΣ	<input type="checkbox"/>	ΜΕΤΡΙΟΣ <input type="checkbox"/>
ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ >500ml	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ (θα προσκομίσει)	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
rEPO	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Fe pos/IV	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
B12	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Filicin	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Tranamexic	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Άλλο			
Ιατρός Αιματολόγος			
Υπογραφή		Ημερομηνία	

**Είναι υποχρεωτική η συμπλήρωση όλων των πεδίων
Αντίγραφο του εντύπου τοποθετείται στο φάκελο του ασθενούς**