

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
ΝΟΣΟΣ		ΗΜΕΡ. ΓΕΝ.	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ			
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
ΑΙΜΟΡΑΓΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΧΑΜΗΛΟΣ <input type="checkbox"/>	ΜΕΣΟΣ <input type="checkbox"/>	ΥΨΗΛΟΣ <input type="checkbox"/>
Ενημέρωση για έγκαιρη προκατάθεση αίματος, Αριθμός Μονάδων _____			
ΕΞΕΤΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
HB			
MCV			
RDW			
WBC			
PLT			
ΑΡΤΤ			
Fibrinogen			
Ferritin			
B12			
Φυλικό			
Χρήζει βελτιστοποίηση αιμοσφαιρίνης προεγχειρητικά	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Συζήτηση με τον υπεύθυνο θεράποντα ιατρό	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Απαιτείται χορήγηση rEPO	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Απαιτείται χορήγηση σιδήρου	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Απαιτείται χορήγηση B12 ή/και φυλικού	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Απαιτείται λήψη εξετάσεων σε παιδιατρικά σωληνάρια	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Δοσολογία θεραπευτικού σχήματος			
Αδύνατη η βελτιστοποίηση Αιμοσφαιρίνης προεγχειρητικά	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Ανέφερε του λόγους			
Απαιτείται σύσκεψη της ομάδας ΒΕΔΑ για τρόπο αντιμετώπισης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Ιατρός Αιματολόγος			
Υπογραφή		Ημερομηνία	

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