

ΕΝΤΥΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:	Ηλικία:
A.M.:	Διάγνωση:	Σχήμα ΧΜΘ:	

Κεντρική γραμμή	PORT A CATH <input type="checkbox"/> HICKMAN <input type="checkbox"/> PICC LINE <input type="checkbox"/>
Περιφερική Γραμμή	(ΔΕ) ΔΕΞΙΑ <input type="checkbox"/>
	(ΑΡ) ΑΡΙΣΤΕΡΑ <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	

Βλεννογονίτιδα	Απουσία <input type="checkbox"/> Πόνος <input type="checkbox"/> Έλκη <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	

Αλωπεκία	Καμία <input type="checkbox"/> Λέπτυνση <input type="checkbox"/> Απώλεια 50% <input type="checkbox"/> Πλήρης απώλεια <input type="checkbox"/>
----------	---

Επεισόδια διάρροιας	1-3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> ≥5 <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	

Δυσκοιλιότητα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
---------------	---

Παρατηρήσεις	
Πόνος	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Αυπνία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Κόπωση	Καμία <input type="checkbox"/> Ήπια <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Σοβαρή <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Ναυτία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Όρεξη	Καθόλου <input type="checkbox"/> 25% της φυσιολογικής <input type="checkbox"/> 75% της φυσιολογικής <input type="checkbox"/> 100% της φυσιολογικής <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Δίαιτα	Στερεά <input type="checkbox"/> Υγρά <input type="checkbox"/> Μαλακές τροφές <input type="checkbox"/> 1+2+Συμπληρώματα <input type="checkbox"/> Συμπληρώματα <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Βήχας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Καμία <input type="checkbox"/> Ήπια <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Σοβαρή <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Κινητικότητα	Περιπατητικός <input type="checkbox"/> Περιπατητικός με βοήθεια <input type="checkbox"/> Κλινήρης <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Ανησυχία	Καμία <input type="checkbox"/> Ήπια <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Σοβαρή <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	
Νευρολογικά προβλήματα	Τσιμπήματα <input type="checkbox"/> Μουδιάσματα <input type="checkbox"/> Αδυναμία συγκράτησης <input type="checkbox"/> Αστάθεια <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις	

Νοσηλευτικές Παρατηρήσεις

Όνοματεπώνυμο- Υπογραφή Νοσηλεύτη _____