

ΦΥΛΛΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Επώνυμο				Όνομα			
Πατρώνυμο			Εθνικότητα			Ηλικία	
Διεύθυνση				Στοιχεία επικοινωνίας:			
A.M.K.A.							

Διάγνωση Εισαγωγής:			Θεραπεία:		
Θεράπων Ιατρός:					
Ημερομηνία Εισόδου			Ημερομηνία Εξόδου		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ομάδα αίματος		Rhesus		Βάρος		Ύψος	
Φαρμακευτικές αλλεργίες							
<u>Ατομικό Ιστορικό</u>				<u>Φαρμακευτική αγωγή</u>			
T.E.P.		Φυσιολογικοί τοκετοί			Αυτόματες εκβολές		
		Καισαρικές Τομές			Τεχνητές εκβολές		
Χειρουργικές Επεμβάσεις (περιλαμβάνονται διαγνωστικές/ θεραπευτικές αποξέσεις κ.ο.κ.)							
Ιστορικό Μεταγγίσεων				Εάν ναι, παρατηρήθηκαν αντιδράσεις;			
Μεταδοτικά Νοσήματα					HPV		
Οικογενειακό Ιστορικό							

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

A/Π

ΣΦ.

Θ.

SpO2

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Γεννητικό

Αναπνευστικό

Καρδιαγγειακό

Ουροποιητικό

Πεπτικό

Ενδοκρινικό

Νευρικό

Μυοσκελετικό

Αιμοποιητικό

Ψυχιατρικό

ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ: