

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: