



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Δ.Υ.ΠΕ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

E1

601

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΠΡΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΔΕΙΓΜΑ: Ορός Πλάσμα Ολικό αίμα Ούρα Άλλο

<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>	Χρέωση*:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>	Χρέωση*:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>	Χρέωση*:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>	Χρέωση*:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>	Χρέωση*:	<input type="text"/>

Γενικό Σύνολο*

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος χρέωσης

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Γενική Αίματος				Ροή αίματος	
		Τύπος				Πήξη αίματος	
		ΔΕΚ				Χρόνος προθρομβίνης / INR	
		Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης				Χρόνος μερικής προθρομβίνης	
		Test Δρεπάνωσης				Χρόνος θρομβίνης	
		Έγκλειστα ερυθρών				Αντιθρομβίνη III	
		Οσμωτική αντίσταση ερυθρών				Ινωδογόνο	
		HAM test				FDP	
		Χρώση σιδήρου				D-DIMERS	
		Αλκαλική φωσφατάση λευκών				Παράγων	
		Υπεροξειδάση				Παράγων	
		Μη ειδική εστεράση				Παράγων	
		PAS				Λειτουργικές δοκ. αιμοπεταλίων	
		TRAP					
		Ομάδα αίματος				Άμεσος COOMBS	
		Παράγων RHESUS				Έμμεσος COOMBS	
		Φαινότυπος RHESUS					
		PANNEL ερυθρών					
		ANTI-KELL					

Μυελόγραμμα

Κλινικές Πληροφορίες (λεμφαδένες, ηπατο-σπληνομεγαλία, κλπ.)

Βασικά Εργαστηριακά (Ht, Hb, WBC, κλπ.)

Σκεπτικό

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ*

Γενικό Σύνολο*

Ημερομηνία:

Ο/Η Ιατρός

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος:

Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:	

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΕΙΓΜΑ

Ορός	<input type="checkbox"/>	Πλάσμα	<input type="checkbox"/>	Ολικό αίμα	<input type="checkbox"/>	Ούρα	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Γλυκόζη				HDL				E2	
		Ουρία				LDL				Προγεστερόνη	
		Κρεατινίνη				VLDL				Τεστοστερόνη	
		Κάλιο				Ολικά λευκώματα				Ινσουλίνη	
		Νάτριο				Αλβουμίνη				Κορτιζόλη	
		Χλώριο				Σφαιρίνες				T3	
		Ασβέστιο				Σίδηρος				T4	
		Φωσφόρος				TIBC				TSH	
		Μαγνήσιο				Φερριτίνη				fT3	
		Χολερυθρίνη ολική				B12				fT4	
		Χολερυθρίνη άμεση				Φυλλικό Οξύ				Anti-TPO	
		AST / SGOT				Γλυκοζυλιωμ.Hb				Anti-TG	
		ALT / SGPT				Ηλεκτρ. πρωτεϊνών				CEA	
		γGT				Τροπονίνη				aFP	
		Αλκαλ. Φωσφατάση				Μυοσφαιρίνη				PSA	
		LDH				CK-MB (Mass)				fPSA	
		CPK				BNP				Ca 19-9	
		CK-MB				Ομοκυστεΐνη				Ca 125	
		Αμυλάση				β-hCG				Ca 15-3	
		Ψευδοχολινεστεράση				FSH				β2 Μικροσφαιρίνη	
		Τριγλυκερίδια				LH					
		Χοληστερόλη				PRL					

Κωδ.	✓	Επίπεδα Φαρμάκων	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Επίπεδα Φαρμάκων	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Επίπεδα Φαρμάκων	Χρέωση*
		Λιθίου				Φαινοτοΐνη				Κοκαΐνη	
		Τομπραμικίνη				Φαινοβαρβιτάλη				Βαρβιτουρικά	
		Γενταμικίνη				Διγοξίνη				Βενζοδιαζεπίνες	
		Βανκομικίνη				Θεοφυλλίνη				Αμφεταμίνες	
		Βαλπροϊκό οξύ				Κανναβινοειδή					
		Καρβαμαζεπίνη				Οπιοειδή					

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ*

Γενικό Σύνολο*

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΔΕΙΓΜΑ

Ορός Πλάσμα Ολικό αίμα Ούρα Άλλο

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	ΕΞΕΤΑΣΗ	Χρέωση*	Κωδ.	✓	ΕΞΕΤΑΣΗ	Χρέωση*	Κωδ.	✓	ΕΞΕΤΑΣΗ	Χρέωση*
		Αντισώματα έναντι:				WIDAL				Γενική ούρων	
		CMV				WRIGHT				Καλλιέργεια αίματος	
		HSV-1				WRIGHT-COOMBS				σερόβια	
		HSV-2				Strep-test				ανασερόβια	
		EBV				Ολικό Συμπλήρωμα				Καλλιέργεια ούρων	
		VZV				C3				Καλλιέργεια	
		Ερυθρά				C4				
		Listeria				Ανοσοσφαιρίνη G				Γενική ENY	
		Toxoplasma				Ανοσοσφαιρίνη A				Γενική εξέταση	
		Chlamydiae				Ανοσοσφαιρίνη M				
		Mycoplasma				Ανοσοσφαιρίνη D				Γενική κοπράνων	
		Rickettsiae				Ανοσοσφαιρίνη E				Παρασιτολογική	
		HbsAg				CRP				κοπράνων	
		Anti-HBs				RF				Καλλιέργεια	
		HbeAg				RA test				κοπράνων	
		Anti-Hbe				ANA				Αιμοσφαιρίνη	
		anti-HBc				anti-DNA				κοπράνων	
		anti-HAV				anti-dsDNA					
		anti-HCV				AMA				Άλλες εξετάσεις:	
		anti-HDV				ASMA					
		anti-HIV 1				APCA					
		anti-HIV 2				anti-ENA					
		ASTO				cNCA					
		Mono-test				pANCA					
		RPR				Scl-70					
		VDRL				Test κυήσεως					

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ*

Γενικό Σύνολο*

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ε

605

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος:

Κλίνη:

ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Τόπος κατοικίας:		Ασφ. Φορέας:	
				Αρ. Μητρ. Ασφ:	

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	ΕΞέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	ΕΞέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	ΕΞέταση	Χρέωση*	
		PT				VIII				APC Resistance - V		
		INR				VII				Tr-A: Ag		
		PTT				VI				PAI-1: Ag		
		Ινωδογόνο				V				Von Willebrand factor: Ag		
		FDP				II				FVIII: Ag		
		Χρόνος ροής				XIII				Επίπεδα ομοκυστεΐνης (HCY)		
		Αντιπηκτικό λύκου				Χρόνος Θρομβίνης				D-Dimers		
		XII				Αντιθρομβίνη III				Τμήμα Προθρομβίνης (F1+2)		
		XI				Πρωτεΐνη C				Θρομβίνη-Αντιθρομβίνη (TAT)		
		X				Πρωτεΐνη S Free				Πλασμίνη-Αντιπλασμίνη (PAP)		
		IX				Πρωτεΐνη S Total						
											Γενικό Σύνολο*	

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ε

606

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ				17-OH-Προγεστερόνη (17OHP)				Κορτιζόλη ορού (δείγμα βραδινό)	
		Θυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH)				Ανασταλίνη Β (inhibin Β)				Ινσουλίνη (INS)	
		Ωχρινοτρόπος (LH)				Ελεύθερη τριωδοθυρονίνη (FT3)				ΆΛΛΕΣ:	
		Οιστραδιόλη (E2)				Ελεύθερη θυροξίνη (FT4)				Βιταμίνη Β12	
		Προλακτίνη (PRL)				Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH)				Ερυθροποιητίνη	
		Προγεστερόνη (PGR)				Παραθορμόνη (PTH)				c-πεπτιδίο	
		β-χονιακή γοναδοτροπίνη (β-HCG)				Φλοιστρόπος (ACTH)				IgE (total)	
		Θεική δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA-S)				Αυξητική ορμόνη (GH)				Αντι-θυρεοσφαιρινικά (anti-Tg)	
		Τεστοστερόνη ολική (T)				Αυξητικός παράγων 1 (IGF-1)				Αντι-μικροσωμακά (anti-TPO)	
		Τεστοστερόνη βιοδιαθέσιμη (βΤ)				Δεσμειτική πρωτεΐνη του IGF-1				Θυρεοσφαιρίνη (Tg)	
		SHBG				Κορτιζόλη ορού (δείγμα πρωϊνό)				Καλσιπονίνη (CT)	
										Γενικό Σύνολο*	

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Ηπατίτιδα Β				Ηπατίτιδα C				HTLV I/II	
		<i>HbsAg</i>				<i>Αντί-HVC</i>				<i>Αντί-HTLV I/II</i>	
		<i>Αντί-HBc ολικό</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>	
		<i>Αντί-HBe</i>									
		<i>HBe Ag</i>				AIDS				ΣΥΦΙΛΗ	
		<i>Αντί-HBs</i>				<i>Αντί-HIV I/II</i>				<i>RPR/VDRL</i>	
		<i>Τίτλος Αντί-HBs(IU/L)</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>				<i>Επιβεβαιωτική δοκιμ.</i>	
										Γενικό Σύνολο*	

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ****ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΙΜΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:	
Κλινική:		Θάλαμος:		Κλίνη:	

Ημερομηνία λήψης δείγματος:

Ημερομηνία εξέτασης δείγματος:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β**

HbsAg	
Μέθοδος ελέγχου:	
Anti-HBc ολικό (IgG+IgM)	
Anti - Hbe	
HbeAg	
Anti - HBs	
Τίτλος anti - HBs (IU/L)	

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Anti-HCV	
Μέθοδος ελέγχου:	
Επιβεβαιωτική – συμπληρωματική δοκιμασία	
core 1	NS3
core 2	NS4
NS1/S2	NS5

AIDS

Anti-HIV 1,2	
Μέθοδος ελέγχου	
Επιβεβαιωτική – συμπληρωματική δοκιμασία	

HTLV I/II

Anti - HTLV I/II	
Μέθοδος ελέγχου:	
Επιβεβαιωτική – συμπληρωματική δοκιμασία	

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΣΥΦΙΛΗΣ

RPR/VDRL	
Επιβεβαιωτική – συμπληρωματική δοκιμασία	

Ημερομηνία:

Ο/Η Ιατρός



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Δ.Υ.ΠΕ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

E2

611

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

	Κωδ.	Χρέωση*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ημερομηνία:

Γενικό Σύνολο*

Ο/Η παραγγέλων Ιατρός

Ο/Η Ακτινολόγος

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ – TRIPPLEX

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η ασθενής είναι: Περιπατητικός Με καρέκλα Με φορείο Διασωληνωμένος
Ο/Η ασθενής παρουσιάζει: Εγκυμοσύνη ΤΕΡ Αλλεργία σε

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ	Χρέωση*	Κωδ.	✓	TRIPPLEX	Χρέωση*
		Τραχήλου				Νεφρικών αρτηριών	
		Θυρεοειδούς				Αρτηριών άνω άκρου	
		Μαστού				Αρτηριών κάτω άκρου	
		Μαλακών μορίων				Φλεβών άνω άκρων	
		Αρθρώσεων				Φλεβών κάτω άκρων	
		Ήπατος - χοληφόρων - χολ. κύστ.				Καρωτίδων – σπονδυλοβασικής	
		Παγκρέατος				Κοιλιακής αορτής	
		Σπληνός					
		Σπληνοπυλαίου άξονα					
		Νεφρών – ουρητήρων – κύστης					
		Κάτω κοιλίας					
		Διορθικό προστάτου					
		Διακολπικό έσω γεννητικών οργ.					

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ*

Γενικό Σύνολο*

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ / ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Ασφ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ:	

ΔΕΙΓΜΑ

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Ιστολογική				Ταχεία βιοψία				Ανοσοϊστοχημεία	
		Κυτταρολογική				Ανοσοφθορισμός				Μοριακή ανάλυση	

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (Σύντομο Ιστορικό – Εργαστηριακά Ευρήματα)**ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ**

ΤΕΡ – εμμηνόπαυση

ΒΙΟΨΙΕΣ

Ήπατος: χρήση αλκοόλης – φαρμάκων

ηπατική βιολογία – δείκτες

Οστεομυελική: ευρήματα γενικής αίματος

ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΑΓΩΓΗ

Ορμονο- ή χημειοθεραπεία:

Ακτινοθεραπεία:

Άλλα αξιολογικά στοιχεία:

ΆΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ***

Γενικό Σύνολο*

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΩΝ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/Η ασθενής είναι: Περιπατητικός Με καρέκλα Με φορείο Διασωληνωμένος
Ο/Η ασθενής παρουσιάζει: Εγκυμοσύνη ΤΕΡ Αλλεργία σε

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

In vivo σπινθηρογράφημα

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Θυρεοειδούς με Tc ^{99m}				Ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία	
		Θυρεοειδούς με I ¹³¹				Ήπατος-σπληνός με Tc ^{99m}	
		Στατικό νεφρών Tc ^{99m} DMSA				Με Tc ^{99m} επισημασμένα ερυθρά	
		Δυναμικό νεφρών Tc ^{99m} DTPA				Υποδοχέων σωματοστατίνης	
		Ραδιοϊσοτοπική κυστεογραφία				Ολόσωμο με Tc ^{99m}	
		Οστών				Ολόσωμο με I ¹³¹	
		Πνευμόνων-αερισμού				Ολόσωμο με Ga ⁶⁷	
		Πνευμόνων-αιμάτωσης					
		Μυοκαρδίου με Tl ²⁰¹					

Χορήγηση θεραπευτικών ραδιοϊσοτόπων

Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*	Κωδ.	✓	Εξέταση	Χρέωση*
		Θεραπευτικό I ¹³¹				Θεραπευτικό In ¹¹¹	
		Θεραπευτικό Re ¹⁸⁶				Θεραπευτικό Sr ⁸⁹	
		Θεραπευτικό Sm ¹⁵³				Θεραπευτικό P ³²	
		Θεραπευτικό Y ⁹⁰					

Εξετάσεις για μέτρηση οστικής πυκνότητας (με δέσμη φωτονίων)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Κωδ.	<input type="text"/>

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ*

Κωδ.	Υλικά	Ποσότητα	Τιμή Μον.	Σύνολο
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Σύνολο				<input type="text"/>

Γενικό Σύνολο*

Ο/Η υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημ/νία:

Ο/Η Ιατρός

* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

E4
641

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Θάλαμος: Κλίνη:

Προς:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Ή ΣΥΝΟΔΟΥ)

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Τόπος κατοικίας:	<input type="text"/>		
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ:

Πιθανή Διάγνωση:

--

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

Παρακαλούμε για την εκτέλεση των ανωτέρω εξετάσεων για τον ασθενή τη δαπάνη της οποίας αναλαμβάνει το Νοσοκομείο μας με αντίστοιχη χρέωση του λογαριασμού του ασθενή.

Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΑΡΑΓΓΕΛΛΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Δεν πραγματοποιείται στα εργαστήρια του νοσοκομείου
- Δεν πραγματοποιείται στα νοσοκομεία του συγκροτήματος
- Δεν υπάρχει αντίστοιχο εργαστήριο
- Άλλοι λόγοι

Τεκμηρίωση άλλων λόγων

Ημερομηνία:

Ο/Η Διευθυντής της κλινικής

Για το εργαστήριο

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)