

**ΔΕΛΤΙΟ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ-ΧΑΠ (>24 ΩΡΟΥ)**

Νοσοκομείο/Κλινική:

Ημερομηνία συνταγογράφησης:

Όνομα ασθενούς:

Αριθμός Μητρώου:

	ΧΑΠ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	mg/flacon	ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΧΑΠ
1				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
2				ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ

Είδος χειρουργικής επέμβασης:

Ημερομηνία χειρουργείου:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΟΕΚΟΧΑ
Υπογραφή-σφραγίδα	Υπογραφή-σφραγίδα	Υπογραφή-σφραγίδα