

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Больница заболеваний головного мозга при НИИ акупунктуры головы города Юньчэн  
 Дата заезда: 03-02-2016  
 Дата выезда: 28-02-2016

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО: TESV TESV TESV  
 1.2 FIO: TESV TESV  
 1.3 Серия и номер: 1111  
 1.4 Дата рождения: 25 февраля, 2016  
 1.5 Место жит.: Республика Узбекистан, TESV  
 12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: TESV TESV TESV  
 17.2 FIO: TESV TESV  
 17.3 Серия и номер: 111  
 17.4 Дата рождения: 25 февраля, 2016  
 17.5 Родственные отношения к пациенту: Брат  
 17.6 E-Mail: SDKJF@DFG.RU  
 17.7 Контактный телефон: 23432  
 Основной сопровождающий  
 17.1 ФИО: TESV TESV TESV  
 17.2 FIO: TESV TESV  
 17.3 Серия и номер: 453  
 17.4 Дата рождения: 02 марта, 2016  
 17.5 Родственные отношения к пациенту: Мать  
 17.6 E-Mail: SLKJG@DKJFG.RU  
 17.7 Контактный телефон: 23423  
 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок

2.2.a История болезни

2.2.b Продолжительность заболевания

2.3. Этапы физического развития с момента рождения

2.4.a. Находится ли ребенок на психиатрическом или наркологическом диспансерном учете?

2.4.b. Находится ли ребенок на кожно-венерологическом диспансерном учете?

2.5. Имеет ли опасные для здоровья заболевания?

2.5.1. Сердечно – сосудистые заболевания?

2.5.2. Заболевания дыхательной системы?

2.5.3. Инфекционные заболевания?

2.5.4. Другие опасные для здоровья и окружающих заболевания?

2.6. Эпилепсия (Судороги)

2.6.1. Тип судорог

2.6.2. Количество эпилептических приступов

2.6.3. Противосудорожные препараты (Наименование и дозировка)

2.6.4. Ремиссия (Когда был последний приступ)

2.6.5. Заключение электроэнцефалограммы

3. Цель поездки? (Какие Вы хотите получить реальные результаты от реабилитации)

4. Состояние пациента и её (его) навыки

Разговаривает? Словарный запас?

Инструкции выполняет?

Физические навыки? (Что умеет ребенок делать сам и с помощью)

Опишите особенности питания ребенка?

Как жует и глотает?

Пищеварительные проблемы?

Аппетит?

Стул?

Аллергия на лекарственные препараты?

Иммунитет к простудными заболеваниями?

Как переносит физические нагрузки?

Состояние и качество сна?

Увеличиваются приступы при физических нагрузках?

Задыхается или закатывается во время болезненных процедур?

5. Какое ранее проводилось лечение по Вашему заболеванию и его результаты?

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

7. Лечились ли когда-либо методами китайской традиционной медицины за пределами Китая?

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

11. Какие необходимы документы от клиники