

Детальная информация о заезде пациента

Клиника:           Вторая народная больница района Яньху города Юньчэн  
Дата заезда:       01-03-2018  
Дата выезда:       31-05-2018

1. Данные пациента

1.1 ФИО: Федотова Кристина Олеговна  
1.2 FIO: Fedotova Kristina  
1.3 Серия и номер: 733984858  
1.4 Дата рождения: 22 февраля, 2013  
1.5 Место жит.: Россия, Москва  
12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: Федотова Татьяна Николаевна  
17.2 FIO: Fedotova Tatiana  
17.3 Серия и номер: 752106693  
17.4 Дата рождения: 17 января, 1975  
17.5 Родственные отношения к пациенту: Мама  
17.6 E-Mail: t.fedotova1975@yandex.ru  
17.7 Контактный телефон: 79164392734  
☒ 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?  
Нет

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

2.5. Имеет ли опасные для здоровья заболевания?  
Нет

2.5.1. Сердечно – сосудистые заболевания?  
Нет

2.5.2. Заболевания дыхательной системы?  
Нет

2.5.3. Инфекционные заболевания?  
Нет

2.5.4. Другие опасные для здоровья и окружающих заболевания?  
Нет

2.6. Эпилепсия (Судороги)  
Нет

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?

**нет**

Инструкции выполняет?

**нет**

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

Опишите особенности питания ребенка?

**Перетертая пища**

Как жует и глотает?

**Сложно**

Пищеварительные проблемы?

Аппетит?

**есть**

Стул?

**есть**

Аллергия на лекарственные препараты?

**Нет**

Иммунитет к простудными заболеваниями?

**есть**

Как переносит физические нагрузки?

**хорошо**

Состояние и качество сна?

**хорошо**

Увеличиваются приступы при физических нагрузках?

**Нет**

Задыхается или закатывается во время болезненных процедур?

**Нет**

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

**Да**

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

**У Вас и в Харбине**

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

Нет

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

Нет

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

Нет

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

11. Какие необходимы документы от клиники