

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Больница заболеваний головного мозга при НИИ акупунктуры головы города Юньчэн  
 Дата заезда: 10-05-2016  
 Дата выезда: 10-08-2016

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО:

1.2 FIO:

1.3 Серия и номер:

1.4 Дата рождения:

1.5 Место жит.:

12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: зоирова дилнавоз нуруллаевна

17.2 FIO: zoirova Dilnavoz

17.3 Серия и номер: СТ 3678086

17.4 Дата рождения: 14 января, 1987

17.5 Родственные отношения к пациенту: Мать

17.6 E-Mail: dina872009@mail.ru

17.7 Контактный телефон: 998972286225

 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок

Дцп.спастическая диплегия

2.2.a История болезни

32 недели. 1400 родились. в6 месяцев заметили

2.2.b Продолжительность заболевания

больше 3 лет

2.3. Этапы физического развития с момента рождения

В7 месяцев начала держать голову

Сидеть в 2 года. В 2,5 ползать. Не ходит.

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)

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?

**разговаривает полностью**

Инструкции выполняет?

**да**

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

**ходит с опорой**

Опишите особенности питания ребенка?

**сама ест**

Как жует и глотает?

**нормально**

Пищеварительные проблемы?

**нормально**

Аппетит?

**не очень**

Стул?

**нормальный**

Аллергия на лекарственные препараты?

Иммунитет к простудными заболеваниями?

**низкий**

Как переносит физические нагрузки?

**нормально**

Состояние и качество сна?

**нормальный**

Увеличиваются приступы при физических нагрузках?

Задыхается или закатывается во время болезненных процедур?

**иногда**

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

**в узбекистане**

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

**нет**

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