

Детальная информация о заезде пациента

Клиника:           Вторая народная больница района Яньху города Юньчэн  
Дата заезда:       01-06-2017  
Дата выезда:       30-07-2017

1. Данные пациента

1.1 ФИО: МЕЙРХАН НУРДАУЛЕТ МАРАТУЛЫ  
1.2 FIO:   MEIRKHAN NURDAULET  
1.3 Серия и номер: 07421621  
1.4 Дата рождения: 30 мая, 2005  
1.5 Место жит.:   Казахстан, Жамбылская область город Тараз  
12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО:   Копбосынова Турсынай Ауесбековна  
17.2 FIO:   Kopbossynova Tursynay  
17.3 Серия и номер: 10543324  
17.4 Дата рождения: 10 января, 1986  
17.5 Родственные отношения к пациенту: Мама  
17.6 E-Mail: tursunai2009@mail.ru  
17.7 Контактный телефон: 77753849490

☒ Основной сопровождающий

17.1 ФИО:   Мейрхан Султанали Маратулы  
17.2 FIO:   Meir Khan Sultanali  
17.3 Серия и номер: 09893416  
17.4 Дата рождения: 31 июля, 2007  
17.5 Родственные отношения к пациенту: Брат  
17.6 E-Mail: tursunai2009@mail.ru  
17.7 Контактный телефон: 77753849490

☐ Основной сопровождающий

2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок  
ДЦП, спастический тетрапарез

2.2.a История болезни

2.2.b Продолжительность заболевания

12 лет

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)

**Да**

2.6.1. Тип судорог

2.6.2. Количество эпилептических приступов

**2-3 раза**

2.6.3. Противосудорожные препараты (Наименование и дозировка)

**Эпикс, 500 мг\*2 раза в день=1000 мг в сутки**

2.6.4. Ремиссия (Когда был последний приступ)

**Октябрь 2016**

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 жуёт и глотает?

Пищеварительные проблемы?

Аппетит?

Стул?

Аллергия на лекарственные препараты?

**Нет**

Иммунитет к простудными заболеваниями?

Как переносит физические нагрузки?

Состояние и качество сна?

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?

Да

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

Да

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

Подсечки

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

Нет

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

11. Какие необходимы документы от клиники