

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Больница заболеваний головного мозга при НИИ акупунктуры головы города Юньчэн  
 Дата заезда: 17-08-2017  
 Дата выезда: 03-09-2017

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО:

1.2 FIO: test test

1.3 Серия и номер: 234234234

1.4 Дата рождения: 04 июня, 2017

1.5 Место жит.:

12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: test test test

17.2 FIO: test test

17.3 Серия и номер: 000000

17.4 Дата рождения: 04 июня, 2017

17.5 Родственные отношения к пациенту: Родство не указано

17.6 E-Mail:

17.7 Контактный телефон:

 Основной сопровождающий

17.1 ФИО:

17.2 FIO:

17.3 Серия и номер:

17.4 Дата рождения: 04 июня, 2017

17.5 Родственные отношения к пациенту: Родство не указано

17.6 E-Mail:

17.7 Контактный телефон:

 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок  
 test

2.2.a История болезни

test

2.2.b Продолжительность заболевания

test

2.3. Этапы физического развития с момента рождения  
 test

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?

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?

**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?

**Нет**

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