

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Больница заболеваний головного мозга при НИИ акупунктуры головы города Юнъчэн  
 Дата заезда: 25-06-2017  
 Дата выезда: 07-09-2017

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО: Жандикеева Инкара Ерлановна  
 1.2 FIO: Zhandikeyeva Inkara  
 1.3 Серия и номер: 10463127  
 1.4 Дата рождения: 15 сентября, 2015  
 1.5 Место жит.: Казахстан, Павлодарская область город Екибастуз  
 12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: Жандикеева Гульмира Толеутаевна  
 17.2 FIO: Zhandikeyeva Gulmira  
 17.3 Серия и номер: 10463123  
 17.4 Дата рождения: 05 ноября, 1980  
 17.5 Родственные отношения к пациенту: Мама  
 17.6 E-Mail: darina5693@mail.ru  
 17.7 Контактный телефон: 8 777 600 82 66  
 Основной сопровождающий  
 17.1 ФИО: Жандикеев Ерлан Гумарович  
 17.2 FIO: Zhandikeyev Yerlan  
 17.3 Серия и номер: 10463126  
 17.4 Дата рождения: 31 января, 1978  
 17.5 Родственные отношения к пациенту: Отец  
 17.6 E-Mail: darina5693@mail.ru  
 17.7 Контактный телефон: 87077035744  
 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок  
**ДЦП спастико-гиперкинетическая форма средней степени**

## 2.2.a История болезни

## 2.2.b Продолжительность заболевания

**1год 8 месяцев**

## 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?

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?

Реабилитационный центр города Юньчен

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

Реабилитационный центр города Юньчен 15.12.2016г-09.03.2017г

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