

Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Вторая народная больница района Яньху города Юньчэн
 Дата заезда: 22-06-2017
 Дата выезда: 30-09-2017

1. Данные пациента

1.1 ФИО: **Фамилия Имя Отчество**
 1.2 FIO: **Фамилия Имя**
 1.3 Серия и номер: **123412341234**
 1.4 Дата рождения: **06 декабря, 2016**
 1.5 Место жит.: **Болгария, Область**
 12 Доп. инф.:

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: **Фамилия Имя Отчество**
 17.2 FIO: **Фамилия Имя**
 17.3 Серия и номер: **12344123412332**
 17.4 Дата рождения: **12 февраля, 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

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?

1

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

3

2.5. Имеет ли опасные для здоровья заболевания?

4

2.5.1. Сердечно – сосудистые заболевания?

5

2.5.2. Заболевания дыхательной системы?

6

2.5.3. Инфекционные заболевания?

7

2.5.4. Другие опасные для здоровья и окружающих заболевания?

8

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?

9

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

10

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

11

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

12

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

13

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

11. Какие необходимы документы от клиники