

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Больница заболеваний головного мозга при НИИ акупунктуры головы города Юньчэн  
Дата заезда: 29-02-2016  
Дата выезда: 30-03-2016

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО: test test test

1.2 FIO: test test

1.3 Серия и номер: 11111

1.4 Дата рождения: 24 февраля, 2016

1.5 Место жит.: Республика Узбекистан, test

12 Доп. инф.: test

Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: test test test

17.2 FIO: test test

17.3 Серия и номер: 1111

17.4 Дата рождения: 24 февраля, 2016

17.5 Родственные отношения к пациенту: Дядя

17.6 E-Mail: test@test.ru

17.7 Контактный телефон: 333

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?  
test

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

2.5. Имеет ли опасные для здоровья заболевания?  
test

2.5.1. Сердечно – сосудистые заболевания?  
test

2.5.2. Заболевания дыхательной системы?  
test

2.5.3. Инфекционные заболевания?  
test

2.5.4. Другие опасные для здоровья и окружающих заболевания?  
test

2.6. Эпилепсия (Судороги)  
test

2.6.1. Тип судорог

**test**

2.6.2. Количество эпилептических приступов

**test**

2.6.3. Противосудорожные препараты (Наименование и дозировка)

**test**

2.6.4. Ремиссия (Когда был последний приступ)

**test**

2.6.5. Заключение электроэнцефалограммы

**test**

3. Цель поездки? (Какие Вы хотите получить реальные результаты от реабилитации)

4. Состояние пациента и её (его) навыки

Разговаривает? Словарный запас?

**test**

Инструкции выполняет?

**test**

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

**test**

Опишите особенности питания ребенка?

**test**

Как жует и глотает?

**test**

Пищеварительные проблемы?

**test**

Аппетит?

**test**

Стул?

**test**

Аллергия на лекарственные препараты?

**test**

Иммунитет к простудными заболеваниями?

**test**

Как переносит физические нагрузки?

**test**

Состояние и качество сна?

**test**

Увеличиваются приступы при физических нагрузках?

**test**

Задыхается или закатывается во время болезненных процедур?

**test**

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

**test**

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

**test**

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

**test**

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

**test**

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

11. Какие необходимы документы от клиники