

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Вторая народная больница района Яньху города Юньчэн  
 Дата заезда: 09-02-2017  
 Дата выезда: 29-04-2017

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО: ОГАНЕСЯН ДАВИД АРСЕНОВИЧ  
 1.2 FIO: OGANESIAN DAVID  
 1.3 Серия и номер: 651664786  
 1.4 Дата рождения: 16 сентября, 2013  
 1.5 Место жит.: Россия, Московская обл, г.Пушкино  
 12 Доп. инф.:

## Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: ПОГОСЯН РУЗАННА БОРИСОВНА  
 17.2 FIO: POGOSYAN RUZAN  
 17.3 Серия и номер: 713739700  
 17.4 Дата рождения: 13 августа, 1982  
 17.5 Родственные отношения к пациенту: Мама  
 17.6 E-Mail: p.ruzanna82@yandex.ru  
 17.7 Контактный телефон: +79258763838  
 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок  
 ДЦП. Микроцефалия. ЧАЗН. ЗПРР. Запоры хронические.

## 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?  
**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