

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου:

1550

Ημερομηνία: 28/03/2024

<b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Χημειοθεραπείας		<b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος:</b> Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		<b>Θεράπων Ιατρός:</b> Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
<b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Όνοματεπώνυμο:		Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:	
Ημερομ. Γέννησης:	Επάγγελμα:	Φύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/>	
Διεύθυνση:			
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g)	Ωρες στον αναπνευστήρα:
<b>2. Τρόπος εισαγωγής:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):			
<b>3. Χρόνος νοσηλείας:</b>		Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
Ημερομ. Εισαγωγής: 28/03/2024	Ημερομ. Εξαγωγής: 28/03/2024		
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b> Δρ. Ορφανός Γεώργιος			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύνοψη περιγραφής του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) <b>Η ασθενής προσήλθε για λήψη B12. Απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή και σε καλή κλινική κατάσταση.</b>			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) <b>Κακόηθες νεόπλασμα: Μαστού, μη καθορισμένο</b>			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) <b>Διαταραχή μεταβολισμού λιπών</b>			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες <b>B12 1000mcg injection IM</b>			
ε. Χειρουργικά ευρήματα <b>N/A</b>			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις <b>N/A</b>			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις <b>N/A</b>			
η. Επισυναπτόμενα <b>N/A</b>			
<b>6. Έκβαση επεισοδίου</b> <input checked="" type="checkbox"/> Κανονική <input type="checkbox"/> Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες <input type="checkbox"/> Κατάληξη			
α. Είδος εξαγωγής <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
β. Κατάσταση <input type="checkbox"/> Ίαση <input checked="" type="checkbox"/> Βελτίωση <input type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
<b>7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:</b> <b>Εξέρχεται χωρίς άμεσες επιπλοκές.</b>			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού:		Ωρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	

Δρ. Χριστίνα Μακαρίδη  
Ιατρός