

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου: 21987 Ημερομηνία: 22.03.21

<b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Day care		<b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος:</b> Δρ. Χρυσός	
<b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Ημερομ. έννησης:	Επάγγελμα:		
Διεύθυνση:	Τηλέφωνα:		
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g)	Ώρες 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:	Ημερομ. Εξαγωγής:		
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Προσφατικότητα x MΘ			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)			
Ca lung			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
/			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
# 1a Day 1 Carboplatin - Pemetrexed - Pembrolizumab			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
η. Επισυναπτόμενα			
<b>6. Έκβαση επεισοδίου</b>			
α. Είδος εξαγωγής			
<input checked="" type="checkbox"/> Κανονική		<input type="checkbox"/> Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο	
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)		<input type="checkbox"/> Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες	
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)		<input type="checkbox"/> Κατάληξη	
β. Κατάσταση			
<input type="checkbox"/> Ίαση		<input type="checkbox"/> Βελτίωση	
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)		<input checked="" type="checkbox"/> Αμετάβλητη	
		<input type="checkbox"/> Επιδείνωση	
		<input type="checkbox"/> Κατάληψη	
<b>7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:</b>			
Επόμενη θεραπεία σε 3 εβδομάδες			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού:		Ώρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα		Υπογραφή Ασθενούς /	
Υπεύθυνου / Θεράποντος		Κηδεμόνα /	
Ιατρού:		Οικείου προσώπου:	