

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

96

Ημερομηνία: 10/01/2023

<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:		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: 10/01/2023	Ημερομ. Εξαγωγής: 10/01/2023		
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Προσλήθε για προγραμματισμένη ΧΜΘ - ΑΝΘ.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Ca Lung C34			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες C49 D1 Pemetrexed - Pembrolizumab			
ε. Χειρουργικά ευρήματα -			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις -			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις -			
η. Επισυναπτόμενα -			
<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"/> Ίσση <input type="checkbox"/> Βελτίωση <input checked="" type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη			
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
<b>7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:</b> Επόμενη θεραπεία σε 3 εβδομάδες			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>		Ημερομηνία: 31/1/23 8:00 27.1.23 ΒΥ	
Όνομα Ιατρού:		Ωρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	