

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

2013058

Ημερομηνία:

24/9/2022

Μονάδα / Τμήμα: Day Care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Dr. G. G. G.	
Θεράπων Ιατρός:		Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ:	
Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:		<input checked="" type="checkbox"/>	
Διεύθυνση:		Τηλέφωνα:	
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g) Ωρες στον αναπνευστήρα:	
2. Τρόπος εισαγωγής: <input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):			
3. Χρόνος νοσηλείας: Ημερομ. Εισαγωγής: 24/9/2022		Ημερομ. Εξαγωγής: 24/9/2022	
		Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) # ασθενής προσήλθε για χειρουργείο με θεραπεία με pembrolizumab, paclitaxel και Carboplatin			
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 # G D, Pembrolizumab, Paclitaxel, Carboplatin			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις Επιπλέον			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
η. Επισυναπτόμενα			
6. Έκβαση επεισοδίου α. Είδος εξαγωγής <input checked="" type="checkbox"/> Κανονική <input type="checkbox"/> Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες <input type="checkbox"/> Κατάληξη <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
β. Κατάσταση <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Βελτίωση <input checked="" type="checkbox"/> Ανετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες: Επίσης θεραπεία με 3 κλ/λίτρες			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση Όνομα Ιατρού: Δρ. Ελισάβετ Γεωργίου		Ημερομηνία: 15/10/22	
Υπογραφή - Σφραγίδα Ιατρού		Όρα: 8:00	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	