

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

Ημερομηνία: 20/05/2024

Μονάδα / Τμήμα: Ειδικής Παθολογίας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Χριστοδούλου Σοφία	
		Θεράπων Ιατρός:	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς: Όνοματεπώνυμο:		Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ: Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:	
3. Χρόνος νοσηλείας: Ημερομ. Εισαγωγής: 20/05/2024		Ημερομ. Εξαγωγής: 20/05/2024	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 με μεταστατικό νεόπλασμα μαστού προσήλθε λόγω αλγος ΔΕ υποχόνδριου με αντανάκλαση στην ΔΕ οσφύ και ωμοπλάτη. Κατά την άφιξη απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Διενεργήθηκε CT CAP με ευρήματα συμβατά με πρόοδο νόσου στο ήπαρ. Ως εκ τούτου έλαβε αναλγητική αγωγή με οπιοειδή και δεξαμεθαζόνη με σαφή κλινική βελτίωση. Εν συνεχεία έλαβε τον 1ο κύκλο θεραπείας με Gemcitabine/Carboplatine και εξήλθε σε καλή κατάσταση με θεραπευτικό πλάνο β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Κακοήθες νεόπλασμα μαστού γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) μεταστάσεις σε ήπαρ δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες C1D1 Gemcitabine/Carboplatine ε. Χειρουργικά ευρήματα N/A στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις N/A ζ. Ιστολογικές εξετάσεις N/A η. Επισυναπτόμενα N/A			
6. Έκβαση επεισοδίου <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 type="checkbox"/> Βελτίωση <input checked="" type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες: Επόμενη θεραπεία στις 27/5 στο Day Care			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση Όνομα Ιατρού: Δρ. Μαρίνα Νεάρχου Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Ημερομηνία:	Ώρα:
		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	