

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

21/7379

Ημερομηνία:

16/11/21

Μονάδα / Τμήμα: Day Care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Δρ. Χρήστος Τάγκας	
Θεράπων Ιατρός: Δρ. Χρήστος Τάγκας		Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣ: _____	
Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου: _____		Φύλο: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Τηλέφωνα: _____			
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους): _____		(g) Ώρες 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: 16/11/21		Ημερομ. Εξαγωγής: 16/11/21	
		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 με κακοήγη αιμυκτός, αιγαναρικά σταθερός, σε καλή κλινική κατάσταση.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Ca νεφρού			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) Κίρρωση			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες Cycle 4 Day 1 Ρεμβολίζωμα			
ε. Χειρουργικά ευρήματα —			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις —			
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"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε) _____			
7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες: Επίσημη θεραπεία σε 3ω.			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία: _____ Ωρα: _____	
Όνομα Ιατρού: Δρ. Χρήστος Τάγκας		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου: _____	
Υπογραφή - Σφραγίδα Ιατρού: _____		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου: _____	