

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου: 2000

Ημερομηνία: 16/05/2023

|   |                              |   |                         |
|---|------------------------------|---|-------------------------|
| <b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Χημειοθεραπείας  |                              | <b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος:</b> Δρ. Νικολάου Αννέτ                    |                         |
|   |                              | <b>Θεράπων Ιατρός:</b> Δρ. Ορφανός Γεώργιος                                     |                         |
| <b>1. Δημ ογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>   |                              | Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:  |                         |
| Όνοματεπώνυμο:  |                              | Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:   |                         |
| Ημερομ. Γέννη   | 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)   | Ωρες 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: 16/05/2023   | Ημερομ. Εξαγωγής: 16/05/2023 |   |                         |
| <b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>   |                              |   |                         |
| <b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>   |                              |   |                         |
| α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)<br>Προσλήθε για προγραμματισμένη ΧΜΘ - ΑΝΘ απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή, σε καλή κλινική κατάσταση.                                       |                              |   |                         |
| β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)<br>Ca Lung  |                              |   |                         |
| γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)   |                              |   |                         |
| δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες<br>C55D1 Pemetrexed - Pembrolizumab  |                              |   |                         |
| ε. Χειρουργικά ευρήματα<br>-  |                              |   |                         |
| στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις<br>-  |                              |   |                         |
| ζ. Ιστολογικές εξετάσεις<br>-   |                              |   |                         |
| η. Επισυναπτόμενα<br>-  |                              |   |                         |
| <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"/> Ίσων <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><br>Επόμενη θεραπεία σε 3 εβδομάδες. 616123  |                              |   |                         |
| <b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>  |                              | Ημερομηνία  |                         |
| Όνομα Ιατρού:   |                              |   |                         |
| Υπογραφή - Σφραγίδα<br>Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:   |                              | Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα<br>Οικείου προσώπου:                               |                         |
| Δρ. Παρασκευή Δημητρίου<br>Ιατρός   |                              |   |                         |