


ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

21/7738

Ημερομηνία:

28/12/2021

Μονάδα / Τμήμα: Day Care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Θεράπων Ιατρός: Δρ. Σαβανός	
1. Δημογραφικά Ονοματεπώνυμο: _____ Ημερομ. Γέν: _____ Επάγγελμα: _____ Φύλο: Άρρεν <input checked="" type="checkbox"/> Θήλυ: <input type="checkbox"/> Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο: _____ 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: 28/12/21 Ημερομ. Εξαγωγής: 28/12/21 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) Η ασθενής προήλθε για προγραμματισμένη χημ-ΑΝΘ. Αδυναμία ανύψευση αιμοδυν. πίεσης			
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 C31D1 Pemetrexed - Pembrolizumab.			
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"/> Ίση <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 σε 3w. 18/1/22 8:00			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση Όνομα Ιατρού: Δρ. Γιώργος Βωνιάτης Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού: 		Ημερομηνία: 17/1/22 Ωρα: Αναλύσης.	
Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:		