

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου: 217038

Ημερομηνία: 26/10/21

Μονάδα / Τμήμα: Day Care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Δρ. Γαλαριώτης	
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: 26/10/21		Ημερομ. Εξαγωγής: 26/10/21	
		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 για προγραμματισμένη ΧΜΘ - Ανοσοθεραπεία. Σε καλή γυνικική κατάσταση, αψύδνατα σπυρμένα, απύρετη.			
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 C29 D1 Pemetrexed - Pembrolizumab			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
η. Επισυναπτόμενα			
6. Έκβαση επεισοδίου			
α. Είδος εξαγωγής		β. Κατάσταση	
<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)	
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)		<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)	
<input type="checkbox"/> Ισση <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			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού: Δρ. Ιωάννα Ευσταθίου		Όρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	