

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

22/2187

Ημερομηνία:

22/03/22

Μονάδα / Τμήμα: Day Care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος:	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Αθανάσιος Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Διεύθυνση:		Τηλέφωνο:	
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: 22/03/22		Ημερομ. Εξαγωγής: 22/03/22	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 προσήλθε για προγραμματισμένη ΑΠΘ-ΧΜΘ. Απύρεση, αλβουμιναιμία βλαβερή και σε κακή κλινική κατάσταση.			
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 C35 D1 Pembrolizumab - 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"/> ΐαση <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: Ενδοφθ. Αρσενία σε 3w 12/4/22 8:00			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση Όνομα Ιατρού: Δρ. Ιφιγένεια Σκουρμελή Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Ημερομηνία: 11/4/22 Ώρα: Αρσενία Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	