

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : B/38/H

Αρ. Επεισοδίου:

2013564

Ημερομηνία:

08/12/20

Μονάδα / Τμήμα: Day care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Δρ. Ορέστης Γεωργιάδης	
		Θεράπων Ιατρός:	
Διεύθυνση:		Τηλέφωνο:	
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g)	Ωρες στον ανανευστήρα:
2. Τρόπος εισαγωγής:			
<input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή		<input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):	
3. Χρόνος νοσηλείας:		Ημερομ. Εξαγωγής:	
Ημερομ. Εισαγωγής: 08/12/20		08/12/20	
		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 προληπτική ΧΜΘ			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Ca lung metastatic			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες 08/12/2020 - Pembrolizumab, Remetrexed #14 Day 1			
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: - ΧΜΘ σε 3 εβδομάδες - Ε/Ε σε 10 ημέρες			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση			
Όνομα Ιατρού: Δρ. Νικόλας Κωνσταντίνου		Ημερομηνία:	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	