

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου: 1632

Ημερομηνία: 19/04/2024

| | | | |
|---|--|--|--|
| Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας | | Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ | |
| | | Θεράπων Ιατρός: | |
| 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς: | | | |
| Ονοματεπώνυμο: Ε | | | |
| | | Τηλέφωνο: 99525981 | |
| | | (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: | | Αριθμός ημερών | |
| Ημερομ. Εισαγωγής: 19/04/2024 | | Ημερομ. Εξαγωγής: 19/04/2024 | |
| | | χωρίς χρέωση (Leave Days): | |
| 4. Παραπέμπων Ιατρός Δρ. Τσαβαρής Ονούφριος | | | |
| 5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία | | | |
| α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) | | | |
| Ο ασθενής προσήλθε προγραμματισμένα για ΧΜΘ. Αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος σε καλή κλινική κατάσταση. | | | |
| β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) | | | |
| C06.9 Κακήθης νεόπλασμα: Στόματος, μη καθορισμένο | | | |
| γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) | | | |
| Αρτηριακή Υπέρταση | | | |
| δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες | | | |
| C4D8 GEMCITABINE 1500.00mg | | | |
| ε. Χειρουργικά ευρήματα | | | |
| N/A | | | |
| στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις | | | |
| N/A | | | |
| ζ. Ιστολογικές εξετάσεις | | | |
| N/A | | | |
| η. Επισυναπτόμενα | | | |
| N/A | | | |
| 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"/> Ίαση <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 2 εβδομάδες | | | |
| 10/5/24 8:00 | | | |
| 8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση | | Ημερομηνία: | |
| Όνομα Ιατρού: | | Ωρα: | |
| Υπογραφή - Σφραγίδα Δρ. Γλυκερίος Γαβριήλ | | Υπογραφή Ασθενούς / | |
| Υπεύθυνου / Θεράποντος | | Κηδεμόνα / | |
| Ιατρού: | | Οικείου προσώπου: | |