

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

3073

Ημερομηνία: 18/07/2023

| | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας | | Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ | |
| | | Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος | |
| 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς: | | Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ: | |
| Ονοματεπώνυμο: | | | |
| 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: | | Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days): | |
| Ημερομ. Εισαγωγής: 18/07/2023 | | Ημερομ. Εξαγωγής: 18/07/2023 | |
| 4. Παραπέμπων Ιατρός | | | |
| 5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία | | | |
| α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Η ασθενής προσήλθε για χορήγηση βιταμίνης B12 λόγω περιφερικής νευροπάθειας grade 3 (επιπλοκή από ΧΜΘ). | | | |
| β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Ca μαστού | | | |
| γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) | | | |
| δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες B12 1000mcg injection IM | | | |
| ε. Χειρουργικά ευρήματα - | | | |
| στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις - | | | |
| ζ. Ιστολογικές εξετάσεις - | | | |
| η. Επισυναπτόμενα - | | | |
| 6. Έκβαση επεισοδίου <input checked="" type="checkbox"/> Κανονική <input type="checkbox"/> Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες <input type="checkbox"/> Κατάληξη | | | |
| α. Είδος εξαγωγής <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 1 εβδομάδα. | | | |
| 25/7/23 | | | |
| 8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση | | Ημερομηνία: | |
| Όνομα Ιατρού: Δρ. Ευαγγέλος Χρήστος | | Όρα: | |
| Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού: | | Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου: | |