

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

Ημερομηνία: 09/09/2022

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος:	
		Θεράπων Ιατρός: Dr. Onoufrius Tsavaris	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Όνοματεπώνυμο:			
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: 09/09/2022		Ημερομ. Εξαγωγής: 09/09/2022	
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύνοψη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Ασθενής προσέρχεται για προγραμματισμένη ορμονοθεραπεία.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)			
Myofibroblastic tumor			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
ΑΥ, νευραλγία τριδύμου			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
C1D1 Pembrolizumab			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
η. Επισυναντώμενα			
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"/> Ήσυχ <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 30/09/2022 12:00			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού:		Ωρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα		Υπογραφή Ασθενούς /	
Υπεύθυνου / Θεράποντος		Κηδεμόνα /	
Ιατρού:		Οικείου προσώπου:	