

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

4668

Ημερομηνία : 11/10/2023

| | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας | | Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ | |
| | | Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος | |
| 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς: | | Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ: | |
| Ονοματεπώνυμο: | | Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου: | |
| | | ύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους): | | (g) | Ωρες 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: 11/10/2023 | | χωρίς χρέωση (Leave Days): | |
| Ημερομ. Εξαγωγής: 11/10/2023 | | | |
| 4. Παραπέμπων Ιατρός | | | |
| 5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία | | | |
| α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) | | | |
| Η ασθενής προσήλθε προγραμματισμένα για χορήγηση B12 λόγω περιφερικής νευροπάθειας grade 3. Λαμβάνει επίσης B-Complex στο σπίτι. | | | |
| 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 | | | |
| 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 1 εβδομάδα. | | | |
| 8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση | | | |
| Όνομα Ιατρού: | | Ημερομηνία: | Ωρα: |
| Υπογραφή - Σφραγίδα | | Υπογραφή Ασθενούς / | |
| Υπεύθυνου / Θεράποντος | | Κηδεμόνα / | |
| Ιατρού: | | Οικείου προσώπου: | |