

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου: 704/23

Ημερομηνία: 15/05/2023

Μονάδα / Τμήμα: Ενδοσκοπικό		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Γιαννακάκης	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Χριστοφόρου	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:			
Όνοματεπώνυμο:			
Διεύθυνση:		Τηλέφωνο:	
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 χωρίς χρέωση (Leave Days):	
Ημερομ. Εισαγωγής: 15/05/2023		Ημερομ. Εξαγωγής: 15/05/2023	
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Ασθενής με ιστορικό Ca οροφάρυγγα προσήλθε για αφαίρεση γαστροστομίας που είχε τοποθετηθεί στις 02/03/2023 (PEG). Με το τέλος της εξέτασης ο ασθενής ανέφερε κοιλιακό άλγος. Κλινική εξέταση: κοιλία MEA. Μεταφορά ασθενούς στο θάλαμο για παρακολούθηση και περαιτέρω υποστήριξη. Ο/Ι ΓΕΣ: παππούς με CRC, θείος με Ca στομάχου Χ/Ο κοιλίας: όχι Φ/Α: olartan, reprat, celmantin Αλλεργίες: όχι			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)			
Ca οροφάρυγγα			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
ΑΥ, ΔΛΔ, αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία εγκεφάλου			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
αφαίρεση Γαστροστομίας			
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:			
Μεταφορά ασθενούς στο θάλαμο για παρακολούθηση.			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση			
Όνομα Ιατρού:		Ημερομηνία:	Ωρα:
Υπογραφή - Σφραγίδα		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	
Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:			

Χριστοφόρου
Δρ. Μάριος Χριστοφόρου
Γαστρεντερολόγος