

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

1102

Ημερομηνία: 04/03/2024

| | | | |
|---|--|---|---|
| Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας | | Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ | |
| | | Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος | |
| | | Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ: | |
| Επάγγελμα: | | Αρ. Ταυτότητας/ Διαβατηρίου: | Φύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | 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 νοσπλευτήριο (όνομα νοσπλευτηρίου): | | | |
| 3. Χρόνος νοσηλείας: | | Ημερομ. Εισαγωγής: 04/03/2024 | Ημερομ. Εξαγωγής: 04/03/2024 |
| 4. Παραπέμπων Ιατρός Δρ. Ορφανός Γεώργιος | | Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days): | |
| 5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία | | | |
| α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Η ασθενής προσήλθε για φόρτιση KCl. | | | |
| β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Κακόηθες νεόπλασμα: Μαστού, μη καθορισμένο | | | |
| γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) Διαταραχή μεταβολισμού λιπών | | | |
| δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες Έλαβε 500mL N/S 0.9% + 2 amp KCl+ Binocrit 4000 IU | | | |
| ε. Χειρουργικά ευρήματα N/A | | | |
| στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις N/A | | | |
| ζ. Ιστολογικές εξετάσεις N/A | | | |
| η. Επισυναπτόμενα N/A | | | |
| 6. Έκβαση επειοδίου <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"/> Ίσση <input checked="" type="checkbox"/> Βελτίωση <input type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη | | | |
| 7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες: Εξέρχεται χωρίς άμεσες επιπλοκές. ε/ε 06/03/2024 | | | |
| 8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση | | Ημερομηνία: | Ώρα: |
| Όνομα Ιατρού: Δρ. Ειρήνη Στυλιανού | | Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου: | |
| Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού: | | | |