

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

2055

Ημερομηνία: 22/05/2024

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Τσαβαρής Ονούφριος	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς: Ονοματεπώνυμο:			
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):			
2. Τρόπος εισαγωγής: <input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσπλευτήριο (όνομα νοσπλευτηρίου):			
3. Χρόνος νοσηλείας: Ημερομ. Εισαγωγής: 22/05/2024		Ημερομ. Εξαγωγής: 22/05/2024	Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):
4. Παραπέμπων Ιατρός Δρ. Τσαβαρής Ονούφριος			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία α. Κλινική εικόνα (σύνοψη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Ο ασθενής προσήλθε προγραμματισμένα για ΧΜΘ. Αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος σε καλή κλινική κατάσταση.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) C06.9 Κακόηθες νεόπλασμα: Στόματος, μη καθορισμένο			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) Αρτηριακή Υπέρταση			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες C5D8 GEMCITABINE 1500.00mg			
ε. Χειρουργικά ευρήματα N/A			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις N/A			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις N/A			
η. Επισυναπτόμενα N/A			
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 2 εβδομάδες			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση Όνομα Ιατρού:		Ημερομηνία: 22-5-24	Ωρα: 9:25
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς /	

Δρ. Χριστίνα Μακαρίδη
Ιατρός