

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

1523

Ημερομηνία: 27/03/2024

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Όνοματεπώνυμο:		Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:	
Ημερομ. Γέννησης:	Επάγγελμα:	Φύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/>	
Διεύθυνση: Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1		Τηλέφωνο:	
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 νοσπλείας:		Αριθμός ημερών	
Ημερομ. Εισαγωγής: 27/03/2024	Ημερομ. Εξαγωγής: 27/03/2024	χωρίς χρέωση (Leave Days):	
4. Παραπέμπων Ιατρός Δρ. Ορφανός Γεώργιος			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Προσλήθε για προγραμματισμένη ΧΜΘ - ΑΝΘ απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή, σε καλή κλινική κατάσταση.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)			
C34.9 Κακήθης νεόπλασμα: Βρόγχου ή πνεύμονα, μη καθορισμένο			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσπλείας)			
N/A			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
C71D1 Pembrolizumab (200mg)			
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:			
Επόμενη θεραπεία σε 3 εβδομάδες			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού:		Ωρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα		Υπογραφή Ασθενούς /	
Υπεύθυνου / Θεράποντος		Κηδεμόνα /	
Ιατρού:		Οικείου προσώπου:	