

| | | | |
|--|------------|--|---|
| 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: Νικολάου Λαζάρου 1 3620 Καθολική Λεμεσός, Κύπρος | | Τηλέφωνο: 99418436 | |
| Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους): (g) | | Ώρες στον αναπνευστήρα: | |
| 2. Τρόπος εισαγωγής: <input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου): | | | |
| 3. Χρόνος νοσηλείας: | | Ημερομ. Εισαγωγής: 03/01/2024 | Ημερομ. Εξαγωγής: 03/01/2024 |
| | | Αριθμός ημερών 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) Προσήλθε 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) Ca Lung | | | |
| γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) | | | |
| δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες C67D1 Pemetrexed(825mg) - Pembrolizumab(200mg) | | | |
| ε. Χειρουργικά ευρήματα - | | | |
| στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις - | | | |
| ζ. Ιστολογικές εξετάσεις - | | | |
| η. Επισυναπτόμενα - | | | |
| 6. Έκβαση επείσοδίου <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, ε/ε 19/01 | | | |
| 8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση | | Ημερομηνία: | Ώρα: |
| Όνομα Ιατρού: | | | |
| Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού: | | Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου: | |