

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η Αρ. Επεισοδίου: 22/52

Ημερομηνία: 21/10/2022

|   |  |  |                         |
|---|--|--|-------------------------|
| <b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Χημειοθεραπείας  |  | <b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος:</b>        |                         |
|   |  | <b>Θεράπων Ιατρός:</b> Dr. Onoufrius Tsavaris    |                         |
| <b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>  |  | Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ:                             |                         |
| Όνοματεπώνυμο:  |  | Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:                    |                         |
| Διεύθυνση:  |  | Τηλέφωνο:  |                         |
| Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):   |  | (g)  | Ώρες στον αναπνευστήρα: |
| <b>2. Τρόπος εισαγωγής:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):   |  |  |                         |
| <b>3. Χρόνος νοσηλείας:</b>   |  | Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):        |                         |
| Ημερομ. Εισαγωγής: 21/10/2022   |  | Ημερομ. Εξαγωγής: 21/10/2022                     |                         |
| <b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>   |  |  |                         |
| <b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>   |  |  |                         |
| α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)<br>Ασθενής προσέρχεται για προγραμματισμένη ορμονοθεραπεία.  |  |  |                         |
| β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)<br>Myofibroblastic tumor  |  |  |                         |
| γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)<br>ΑΥ, νευραλγία τριδύμου   |  |  |                         |
| δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες<br>C3D1 Pembrolizumab  |  |  |                         |
| ε. Χειρουργικά ευρήματα   |  |  |                         |
| στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις   |  |  |                         |
| ζ. Ιστολογικές εξετάσεις  |  |  |                         |
| η. Επισυναπτόμενα   |  |  |                         |
| <b>6. Έκβαση επεισοδίου</b> <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"/> Ήλαση <input type="checkbox"/> Βελτίωση <input checked="" type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη                        |  |  |                         |
| <input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)   |  |  |                         |
| <b>7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:</b><br>Επόμενη θεραπεία σε 3 εβδομάδες. 11/11/22 10:00  |  |  |                         |
| <b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>  |  | Ημερομηνία:                                      |                         |
| Όνομα Ιατρού:   |  | Ωρα:   |                         |
| Υπογραφή - Σφραγίδα<br>Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:   |  | Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου: |                         |
| Δρ. Μαρίνα Νεάρχου<br>Ιατρός  |  |  |                         |