

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

3292

Ημερομηνία: 01/08/2023

<b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Χημειοθεραπείας		<b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος:</b> Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		<b>Θεράπων Ιατρός:</b> Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
<b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>			
Όνοματεπώνυμο: _____			
Ημερομ. Γέννησης: _____	Επάγγελμα: _____	Φύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/>	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>		Ημερομ. Εισαγωγής: 01/08/2023	
Ημερομ. Εξαγωγής: 01/08/2023		Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days): _____	
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Η ασθενής προσήλθε εκτάκτως λόγω περιφερικής νευροπάθειας grade 3. Δόθηκαν οδηγίες από τον ογκολόγο της για B12 εβδομαδιαία. Λαμβάνει επίσης B-Complex στο σπίτι.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Ca μαστού			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες B12 1000mcg injection IM			
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"/> Ίση <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> Επόμενη θεραπεία σε 1 εβδομάδα.			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>		Ημερομηνία: _____ Ώρα: _____	
Όνομα Ιατρού: Δρ. Μιχαήλ Χαλούμας			
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	