

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

21/1/22

Ημερομηνία:

18/1/2024

Μονάδα / Τμήμα: Dau (au)		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Δρ. Ορφανός	
Θεράπων Ιατρός:			
1. Δημογραφικά	Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ		
Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου		
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)	Ωρες 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:	Ημερομ. Εξαγωγής:	Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
18/1/2022 18/1/2022			
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Η ασθενής προσήλθε με τραχειακή intubation, Θεραπεία με Pembrolizumab, Pemetrexed.			
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			
18/1/2022 : #16 D1 Pembrolizumab - Pemetrexed.			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
—			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
—			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
—			
η. Επισυναπτόμενα			
—			
6. Έκβαση επεισοδίου			
α. Είδος εξαγωγής			
<input checked="" type="checkbox"/> Κανονική <input type="checkbox"/> Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες <input type="checkbox"/> Κατάληξη			
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
β. Κατάσταση			
<input type="checkbox"/> Ίσση <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:			
Επίλυση Θεραπείας με 3 κύκλους			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση			
Όνομα Ιατρού:	μερ μην :		
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεραπεύοντος Ιατρού:	Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:		
Δρ. Ελισάβετ Γεωργίου Ιατρός			