

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

2275

Ημερομηνία: 08/05/2024

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Ονοματεπώνυμο:			
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:
2. Τρόπος εισαγωγής: <input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):			
3. Χρόνος νοσηλείας:		Ημερομ. Εισαγωγής: 08/05/2024	
		Εξαγωγής: 08/05/2024	
		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) C34.9 Κακήθες νεόπλασμα: Βρόγχου ή πνεύμονα, μη καθορισμένο			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) N/A			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες C73D1 Pemetrexed (825mg) - 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: Δρ. Δημήτρης Ευσταθίου		Ώρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	