

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

1663

Ημερομηνία: 25/04/2023

<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>		Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ:	
Όνοματεπώνυμο:		Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:	
Ημερομ. Γέννησης: Επάγγελμα:		Φύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/>	
Διεύθυνση:		Τηλέφωνα:	
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 νοσπλευτήριο (όνομα νοσπλευτηρίου):			
<b>3. Χρόνος νοσπλείας:</b>		Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
Ημερομ. Εισαγωγής: 25/04/2023		Ημερομ. Εξαγωγής: 25/04/2023	
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
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 νοσπλείας)			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
C54D1 Pemetrexed - Pembrolizumab +B12 1000μg			
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"/> Ίσση <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 3 εβδομάδες.			
1615103			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού:		Ώρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα		Υπογραφή Ασθενούς /	
Υπεύθυνου / Θεράποντος		Κηδεμόνα /	
Ιατρού:		Οικείου προσώπου:	

Δρ. Στάλλα Παυλή  
Ιατρός