

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

5334

Ημερομηνία: 20/11/2023

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Αρ.	
Όνοματεπώνυμο:			
		ύλο: Άρρεν: <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input checked="" type="checkbox"/>	
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:		Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
Ημερομ. Εισαγωγής: 20/11/2023		Ημερομ. Εξαγωγής: 20/11/2023	
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Ασθενής 58 ετών με γνωστό ca μαστού, υπό θεραπεία με Femara, προσήλθε εκτάκτως λόγω αναφερόμενων πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων.			
Παρουσιάζεται περιπατητική, αιμοδυναμικά σταθερή, απύρετη. Εκ της κλινικής εξέτασης Κοιλιά ΜΕΑ, ΕΗ +.			
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			
Δόθηκαν: 500 mL N/S 0.9% + 1 amp Cernevit			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
Εκ του ε/ε: Ur 14, Cr 0.89, ηλεκτρολύτες κφ			
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"/> Ίσων <input checked="" type="checkbox"/> Βελτίωση <input type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη			
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)			
7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:			
Η ασθενής εξήλθε βελτιωμένη.			
Δόθηκαν οδηγίες για συνέχιση αντιδιαρροϊκής αγωγής.			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία:	
Όνομα Ιατρού:		Ώρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα		Υπογραφή Ασθενούς /	
Υπεύθυνου / Θεράποντος		Κηδεμόνα /	
Ιατρού:		Οικείου προσώπου:	