

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

1258

Ημερομηνία: 12/03/2024

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		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:		Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
Ημερομ. Εισαγωγής: 12/03/2024	Ημερομ. Εξαγωγής: 12/03/2024		
4. Παραπέμπων Ιατρός Δρ. Ορφανός Γεώργιος			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Η ασθενής προσήλθε για φόρτιση KCI.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Κακόηθες νεόπλασμα: Μαστού, μη καθορισμένο			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας) Διαταραχή μεταβολισμού λιπών			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες Έλαβε 500mL N/S 0.9% + 2 amp KCI			
ε. Χειρουργικά ευρήματα N/A			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις N/A			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις N/A			
η. Επισυναπτόμενα N/A			
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"/> Ίση <input checked="" type="checkbox"/> Βελτίωση <input type="checkbox"/> Αμετάβλητη <input type="checkbox"/> Επιδείνωση <input type="checkbox"/> Κατάληψη			
7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες: Εξέρχεται χωρίς άμεσες επιπλοκές. ε/ε 19/03			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία:	Ωρα:
Όνομα Ιατρού: Δρ. Κατερίνα Χακουρά			
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	