

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

21/434

Ημερομηνία:

8/2/2021

<b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Day Care		<b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος:</b> Dr. Zefanos	
<b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>		<b>Θεράπων Ιατρός:</b>	
Αρ. Δικαιούχου ΓΕΣΥ:		Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:	
Διεύθυνση:		Φύλο:	
Τηλέφωνο:		Τηλέφωνο:	
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g) Όρες στον αναπνευστήρα:	
<b>2. Τρόπος εισαγωγής:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):			
<b>3. Χρόνος νοσηλείας:</b>		Αριθμός ημερών χωρίς κρέωση (Leave Days):	
Ημερομ. Εισαγωγής: 8/2/2021		Ημερομ. Εξαγωγής: 8/2/2021	
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
4 ασθματικές προσβολές με ηχηρή χυλιδία θώρακος με Roubredoxinb - Roubredoxin			
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			
8/2/2021: #17 D. Carboplatin - Roubredoxin			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
η. Επισυναπτόμενα			
<b>6. Έκβαση επεισοδίου</b>			
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"/> Ήσυχ <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>			
Επίσης Θεραπεία με 3 Ηβέρη			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>			
Όνομα Ιατρού:		Ημερομηνία:	
Υπογραφή - Σφραγίδα		Ωρα:	
Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	
Dr. Ελισάβετ Γεωργίου			