

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

22/245

Ημερομηνία:

19/01/22

Μονάδα / Τμήμα: Day Care		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Δρ. Ορφανός	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Αρ. Δικαιούχου ΤΕΣΥ:	
Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:		
Ημερομ. Γέννησης:	Επάγγελμα:	Φύλο:	Άρρεν: <input checked="" type="checkbox"/> Θήλυ: <input type="checkbox"/>
Διεύθυνση:	Τηλέφωνα:		
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g)	Ωρες στον ανανευστήρα:
2. Τρόπος εισαγωγής:			
<input checked="" type="checkbox"/> Απευθείας εισαγωγή <input type="checkbox"/> Μεταφορά από άλλο νοσηλευτήριο (όνομα νοσηλευτηρίου):			
3. Χρόνος νοσηλείας:			
Ημερομ. Εισαγωγής:	Ημερομ. Εξαγωγής:	Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):	
19/01/22	19/01/22		
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύνοψη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Προεξέρχεται για προχωρημένη αναοξυγονοποίηση. Αποδυνητικά σταθερά, ανύπνιος.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)			
Σα νεφρών			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
Κυστίτιδα, εμβολικό νεφρό			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
C7 D1 Pembrolizumab + i.v. W/S 0.9% 500ml + neb ventolin 2 ανα			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
K ⁺ : 5.8 Cr: 1.35			
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"/> 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 GT 3w 7/2/22 Αναλύσεως.			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση			
Όνομα Ιατρού:		Ημερομηνία:	
Δρ. Ιωάννα Ευσταθίου		9/2/22 8:00	
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	