

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

21/6697

Ημερομηνία:

05/10/21

<b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Day Care		<b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος:</b>	
<b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>		<b>Θεράπων Ιατρός:</b> Dr. Orfanos	
Όνοματεπώνυμο:		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Ημερομ. Γέννησης:		Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου:	
Διεύθυνση:		Τηλέφωνα:	
Βάρος κατά την εισαγωγή (μόνο για παιδιά κάτω του 1 έτους):		(g)	Ωρες 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>			
Ημερομ. Εισαγωγής: 05/10/21		Ημερομ. Εξαγωγής: 05/10/21	Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b>			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και εμρημάτων) Ο ασθενής προέβλεπε με προγράμματα αυτοθεραπείας. Αιμοδυναμικά σταθερός, ανώτερος. Λόγω αυξημένης Cr έλαβε i.v. ενυδάτωση			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Cr νεφρού			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες CaDe Ρευματολόγικα. Λήψη επίσης i.v. N/5 0.9% 500ml πριν την αυτοθεραπεία και ε/ε.			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις Cr : 1.67 , μετά ενυδάτωση Cr : 1.05			
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"/> Άλλο (καθορίστε)		<input type="checkbox"/> Εξήλθε παρά τις ιατρικές οδηγίες	
<input type="checkbox"/> Κατάληξη			
β. Κατάσταση			
<input type="checkbox"/> Ίσος		<input type="checkbox"/> Βελτίωση	
<input type="checkbox"/> Άλλο (καθορίστε)		<input checked="" type="checkbox"/> Αμετάβλητη	
<input type="checkbox"/> Ενιδείνωση		<input type="checkbox"/> Κατάληψη	
<b>7. Θεραπευτική - φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες:</b> Επόμενη θεραπεία βε 3w			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>			
Όνομα Ιατρού:		Ημερομηνία:	Ωρα:
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	