

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

4980

Ημερομηνία: 31/10/2023

Μονάδα / Τμήμα: Χημειοθεραπείας		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος: Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός Γεώργιος	
1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Όνοματεπώνυμο:			
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)	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: 31/10/2023	Ημερομ. Εξαγωγής: 31/10/2023		
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων) Προσήλθε για προγραμματισμένη ΧΜΘ - ΑΝΘ απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή, σε καλή κλινική κατάσταση.			
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 C64D1 Pemetrexed(825mg) - Pembrolizumab(200mg)			
ε. Χειρουργικά ευρήματα -			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις -			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις -			
η. Επισυναπτόμενα -			
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"/> Ίσση <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 σε 3 εβδομάδες.ε/ε 17/11			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση		Ημερομηνία:	Ώρα:
Όνομα Ιατρού:			
Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	