

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ : Β/38/Η

Αρ. Επεισοδίου:

22/504

Ημερομηνία:

03/02/22

Μονάδα / Τμήμα: Daycare		Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας / Τμήματος: Θεράπων Ιατρός: Δρ. Ορφανός	
1. Δημογραφικά Όνοματεπώνυμο:		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ	
Ημερομ. Γέννησης: Επάγγελμα:		Αρ. Ταυτότητας / Διβατηρίου:	
Διεύθυνση:		Τηλέφωνα:	
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: Ημερομ. Εισαγωγής: 20/01/22		Ημερομ. Εξαγωγής: 03/02/22	Αριθμός ημερών χωρίς χρέωση (Leave Days):
4. Παραπέμπων Ιατρός			
5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και εμρημάτων) Η ασθενής προσήλθε με πρηστικότητα χμο. Τη τέρα 9 παρουσία ανύψω- σης 670 σφύρα.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση) Καταβολή			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες C1 Paclitaxel + B12 01 (20/01/22) 08 (27/01/22) 015 (03/02/22)			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
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 σε 1w 10/2/22 8:00			
8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση Όνομα Ιατρού: Δρ. Μαρία Αναστασίου Υπογραφή - Σφραγίδα Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:		Ημερομηνία: 8/2/22, Ώρα: 11:00 π.μ. Υπογραφή Ασθενούς / Κηδεμόνα / Οικείου προσώπου:	