

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

Ημερομηνία: 19/03/2024

<b>Μονάδα / Τμήμα:</b> Χημειοθεραπείας		<b>Υπεύθυνος Ιατρός Μονάδας/Τμήματος:</b> Δρ. Νικολάου Αννέτ	
		<b>Θεράπων Ιατρός:</b> Δρ. Τσαβαρής Ονούφριος	
<b>1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς:</b>		Αρ. Δικαιούχου ΓεΣΥ:	
Όνομα:		Επάγγελμα:	
		Φύλο: Άρρεν: <input checked="" type="checkbox"/> Θήλυ: <input type="checkbox"/>	
		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	
Ημερομ. Εισαγωγής: 19/03/2024		Εξαγωγής: 19/03/2024	
		χωρίς χρέωση (Leave Days):	
<b>4. Παραπέμπων Ιατρός</b> Δρ. Τσαβαρής Ονούφριος			
<b>5. Λόγοι εισαγωγής και αντιμετώπιση - Θεραπεία</b>			
α. Κλινική εικόνα (σύντομη περιγραφή του ιστορικού, συμπτωμάτων και ευρημάτων)			
Ο ασθενής προσήλθε προγραμματισμένα για ΧΜΘ. Αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος σε καλή κλινική κατάσταση.			
β. Κύρια διάγνωση (τελική διάγνωση όπως αυτή καθορίστηκε ως ο κύριος λόγος εισαγωγής του ασθενούς, μετά από εξετάσεις και διερεύνηση)			
C06.9 Κακόηθες νεόπλασμα: Στόματος, μη καθορισμένο			
γ. Δευτερεύουσες διαγνώσεις (που συνυπήρχαν με την κύρια διάγνωση ή αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας)			
Αρτηριακή Υπέρταση			
δ. Θεραπείες - κλινικές διεργασίες			
C3D1 GEMCITABINE 1595.00mg + CARBOPLATIN 500 mg + Pembrolizumab 200 mg			
ε. Χειρουργικά ευρήματα			
N/A			
στ. Ενδεικτικές εργαστηριακές εξετάσεις			
N/A			
ζ. Ιστολογικές εξετάσεις			
N/A			
η. Επισυναπτόμενα			
N/A			
<b>6. Έκβαση επεισοδίου</b>			
<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"/> Ίσων <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>			
Επόμενη θεραπεία σε 1 εβδομάδες.			
26/3/24 8:00			
<b>8. Επόμενη επίσκεψη / επανεξέταση / παρακολούθηση</b>			
Όνομα Ιατρού:		Ωρα:	
Υπογραφή - Σφραγίδα			
Υπεύθυνου / Θεράποντος Ιατρού:			