

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого перебуває заклад охорони здоров'я

КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1

м. Харків

Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, звідки направлено виписку

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 027-1/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

1 0 1 0 2 0 0 7 № 6 2 9

ВИПISKA № 11919

з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення

" 15 " липня 20 21 року

(дата заповнення)

Місцезнаходження та заклад охорони здоров'я, куди направлено виписку

За місцем проживання

закладу охорони здоров'я

(найменування)

1. Прізвище, ім'я, по-батькові

ЄРЬОМЧЕНКО ОЛЕГ ДЕНИСОВИЧ

2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2

3. Дата народження

0 7 0 7 0 8

(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого

м. Харків, Московський р-н, вул. Героїв Праці, 33б, кв. 4

(країна, область, район, населений пункт, вулиця, буд. №, кв. №)

5. Житель: міста – 1, села – 2

6. Місце роботи (спеціальність)

7. Група первинного обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС: ліквідатори – 1; евакуйовані – 2;

населення, що проживає на території радіоекологічного контролю – 3; діти, які народились від батьків 1-3 груп первинного обліку – 4

8. Дата госпіталізації

1 5 0 7 2 1

(число, місяць, рік)

9. Дата вибуття зі

1 5 0 7 2 1

стаціонару

(число, місяць, рік)

10. У разі смерті - причина: ускладнення лікування – 1, прогресування злоякісного новоутворення – 2, від іншого захворювання, нещасного випадку – 3

11. ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ: **Дифузна лептоменінгеальна гліонейрональна пухлина правої скроневої**

(клінічний діагноз докладно із зазначенням локалізації первинної пухлини)

Код за МКХ-10

долі з ураженням оболонок головного та спинного мозку

C 7 1 . 8

T _____ N _____ M _____ pT _____ pN _____ pM _____ Стадія _____

12. Діагноз підтверджений: **гістологічно** – 1, цитологічно – 2, рентгенологічно – 3, ендоскопічно – 4, радіоізотопним методом – 5, клінічним – 6, іншим – 7

13. Дата встановлення діагнозу

2 2 1 1 1 7

(число, місяць, рік)

14. Морфологічний висновок № 17/3-007374

Дата

2 2 1 1 1 7

(число, місяць, рік)

Дифузна лептоменінгеальна гліонейрональна пухлина

(морфологічний тип пухлини)

(ступінь диференціювання)

15. Наявність рецидиву захворювання, метастазів _____

16. Ускладнення основного захворювання **Симптоматична скронева епілесія** _____

17. Супутні захворювання _____

18. Патологоанатомічний діагноз _____

19. ХРОНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ

Характер проведеного лікування обстеження
(за радикальної програмою; паліативне; симптоматичне; реабілітація; інше)

	Дата операції	Назва операції			Примітка (у т. ч. ускладнення)
Хірургічне лікування					
Променеве лікування	Дата проведення лікування (з ... до ...)	Що опромінювалось (первинна пухлина, Mts, Rec, інше) і де (вказати орган, тканину, область)	Доза (сумарна)	Вид опромінення (рентген, гамма, Со60, Cs 137, бета, електрони, нейтрони, лазерне, інше)	Примітка (у т. ч. ускладнення)
Хіміо-, гормоно-, імунотерапія.	Дата проведення лікування (з ... до ...)	Назва препарату	Доза (сумарна)	Спосіб уведення (в/в, в/а, в/м, per os, інше)	Примітка (у т. ч. ускладнення)
		зелбораф	960 мг	1 раз на добу	
				постійно	
Інші види лікування	Дата проведення лікування (з ... до ...)	Назва (вид) лікування			Примітка (у т. ч. ускладнення)
		Топиромат			

20. Спеціальні методи обстеження, що підтверджують діагноз **МРТ**
(комп'ютерна томографія, УЗД, ЯМР та інше)

21. Рекомендації при виписці
Епідоточення вільне.
МРТ головного мозку через 2 місяці.
Зелбораф 960 мг один раз на добу постійно.
Спостереження педіатра за місцем проживання.

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який заповнив виписку, **Стародубцева О.Є.**
(підпис)

Прізвище завідуючого відділенням **Стародубцева О.Є.**
(підпис)

*Згідно оригіналу Вірно. М.О.А.А.А.А.А.
Віміченко С.А. А.А.А.А.*