

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я МОЗ України Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Національний інститут раку Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td></tr></table>	0	2	0	1	1	9	7	6	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 027/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>№</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	4	0	2	1	2	№	1	1	0																																																														
	0	2	0	1	1	9	7	6																																																																									
1	4	0	2	1	2	№	1	1	0																																																																								
ВИПСКА із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого																																																																																	
У Київська ОДЛ (найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)																																																																																	
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого Боярко Поліна Геннадіївна																																																																																	
2. Дата народження <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>8</td><td>0</td><td>8</td><td>1</td><td>6</td></tr></table> (число, місяць, рік)		0	8	0	8	1	6																																																																										
0	8	0	8	1	6																																																																												
3. Місце проживання хворого: область Київська , район _____, місто(село) Ірпінь , вулиця _____, будинок _____, кв. _____																																																																																	
4. Місце роботи (посада) _____																																																																																	
5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі: захворювання _____ направлення в стаціонар _____ б) у стаціонарі: надходження _____ виписки або смерті (підкреслити) _____																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">(число, місяць, рік)</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">(число, місяць, рік)</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">(число, місяць, рік)</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">(число, місяць, рік)</td></tr> </table>												(число, місяць, рік)																				(число, місяць, рік)										0	1	0	7	2	0					(число, місяць, рік)										2	1	0	7	2	0					(число, місяць, рік)									
(число, місяць, рік)																																																																																	
(число, місяць, рік)																																																																																	
0	1	0	7	2	0																																																																												
(число, місяць, рік)																																																																																	
2	1	0	7	2	0																																																																												
(число, місяць, рік)																																																																																	
6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення): Нейробластома заочеревинного простору. М в л/в щий зліва, печінку, КМ. T2bN1M1. Ст 4. Кл.гр 2. N-тус негат. 25.06.20 Колекція СКПК (4,8 млн). 8 блоків НАПХТ. (СОЖЕК). Анемія 2 ст.																																																																																	

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці

Хворі з лютого 2020 року. Скарги: на біль в колінних суглобах, слабкість. Лікувались за місцем проживання з діагнозом: ювенільний ідіопатичний поліміозит, ступінь активності 2. Кардит із порушенням функції збудливості (надшлуночкова тахікардія), ПК I. Анемія змішаного генезу. Важкий дефіцит фолатів. 9.04.2020 було виконано МРТ (надшлуночкова тахікардія), ПК I. Анемія змішаного генезу. Важкий дефіцит фолатів. Встановлено діагноз: Пухлина голови, ший, ОГК, ОЧП, ОМТ із в/в контр, де була виявлено новоутворення. Встановлено діагноз: Пухлина заочеревинного простору. М в кістки, л/в ший зліва, печінку. Було проведено огляд дитячого онколога. Госпіталізована у відділення дитячої онкології 13.04.2020.

З 13.04.2020 по 22.05.2020 проведено:

16.04.20 – Цитологічне дослідження КМ №10587, 10588, 10589: в КМ груднини, правої і лівої здихвиної кісток виявлено метастази нейробластоми.

16.04.20 – Клінічний розбір разом із зав і/д від. Клиником Г.І., Враховуючи дані цитологічного дослідження КМ № 10587, 10588, 10589 від 16.04.2020, розповсюдженості процесу згідно МРТ від 9.04.2020, рівня NSE і ВМК рекомендовано розпочати лікування за схемою СОЛЕК.

17.04.20 – ХТ. вінкрисдин 1 мг 1 день в/в, етопозид 120 мг в/в 2 дні (сум 240 мг), карбоплатин 510 мг в/в 1 день. Ускладнення: без.

21.04.20 – ПГЗ №26398-400/2020: Нейробластома.

01.05.20 – ХТ. вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, цисплатин 50 мг в/в 1 день. Ускладнення: тромбоцитопенія 2-3 ст, анемія 2 ст, лейкопенія 2-3 ст.

11.05.20 – ХТ. вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, етопозид 120 мг в/в 2 дні (сум 240 мг), циклофосфамід 700 мг в/в 2 дні (сум 1400 мг). Ускладнення: лейкопенія 2-3 ст, анемія 2 ст, тромбоцитопенія 2-3 ст.

19.05.20 – Молекулярно-цитогенетичне дослідження. Результат №786: не виявлено ампліфікацію N-тус.

З 22.05.2020 по 01.07.2020 проведено:

22.05.20 – ХТ. Вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, цисплатин 50 мг в/в 1 день. Ускладнення: без.

27.05.20 – Остеосцинтиграфія. Ознак вогнищевого враження кісток немає.

30.05.20 – МРТ. Регресія уражень (сумарно в межах 40%), картина відповідає частковому регресу.

03.06.20 – цитологічне дослідження КМ № 10892, 10893, 10894: метастази у вивчених препаратах КМ не виявлені.

03.06.20 – ХТ. Вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, етопозид 110 мг в/в 2 дні (сум 220 мг), карбоплатин 500 мг в/в 1 день.

Ускладнення: анемія 2-3 ст, тромбоцитопенія 3-4 ст, лейкопенія 2-3 ст.

15.06.20 – ХТ. Вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, цисплатин 50 мг в/в 1 день. Ускладнення: тромбоцитопенія 2-3 ст, анемія 2 ст...

25.06.20 – Колекція СКПК. Відпрацьовано 3 ОЦК. 5циклів по 650 мл, отримано 100 мл продукту (4,8 млн). Ускладнення: без.

Остання госпіталізація: з 01.07.2020 по 21.07.2020 проведено:

01.07.20 – ХТ. вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, етопозид 110 мг в/в 2 дні (сум 220 мг), циклофосфамід 670 мг в/в 2 дні (сум 1340 мг). Ускладнення: анемія 2-3 ст, тромбоцитопенія 2-3 ст.

13.07.20 – ХТ. вінкрисдин 1 мг в/в 1 день, цисплатин 50 мг в/в 1 день. Ускладнення: анемія 2 ст, тромбоцитопенія 1-2 ст.

Виписана 21.07.2020р. в задовільному стані. В контакт з інфекційними хворими не була.



3. Лікувальні і трудові рекомендації

1. Оформлення соціальної допомоги згідно Наказу МОЗ України №454/47/516 від 08.11.2001.
2. Контроль аналізів крові кожні 2-3 дні під спостереженням дитячого онколога за місцем проживання.
3. КТ голови, шиї, ОГК, ОЧП, ОМТ, нижніх кінцівок із в/в-контр.
4. Консультація дитячого аритмолога, дитячого стоматолога.

“21” липня 2020 року



Лікуючий лікар



(прізвище, відпис)