

Zabieg operacyjny dnia..... godz..... Operator.....
Rodzaj znieczulenia..... czas..... Asysta.....
Znieczulający.....

Rodzaj i opis zabiegu operacyjnego

Pełne rozpoznanie pooperacyjne:

Uwagi o przebiegu choroby i o wynikach leczenia (epikryza)

Podpis lekarza prowadzącego

Podpis ordynatora oddziału

(Pieczęć Szpitala - Kliniki)

HISTORIA CHOROBY

DLA ODDZIAŁU – KLINIKI CHOROÓB KOBIECYCH

L. ks. gł.

L. ks. oddz.

Oddział

Lekarz prowadzący

Student

Stażysta

Nazwisko i imię..... PESEL

Miejsce i data urodzenia..... Stan cywilny.....

Zawód..... Miejsce pracy.....

Miejsce stałego zamieszkania.....

W razie potrzeby zawiadomić.....

Skierowana przez..... z rozpoznaniem.....

..... przyjęta dnia..... 20..... r. godz.....

Rozpoznanie wstępne.....

Rozpoznanie ostateczne (kliniczne) powikłania i chor. współistniejące.....

Nr stat.
choroby

Rozpoznanie histopatologiczne..... Grupa krwi..... Rh.....

(podpis)

Rozpoznanie anatomopatologiczne.....

Leczenie.....

Wypisana dnia..... 20..... r. jako wyleczona, z poprawą, bez poprawy, z pogorszeniem,

..... jako nieleczone, nienadająca się do leczenia, przeniesiona do:.....

Zmarła dnia..... 20..... r. przed upływem 24 godzin, po upływie 24 godzin od chwili przyjęcia

Leczyła się dni.....

Uwagi i ew. zlecenia lekarza przyjmującego

dnia..... godz.....

Zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny

(rodzaj zabiegu)

dnia..... 20..... r. (podpis)

Zakończono historię choroby.

zdano dn..... 20..... r. (podpis prowadzącego)

przyjęto dn..... 20..... r. (podpis prowadzącego)

Podpis lekarza przyjmującego pacjentkę

