

ZP NIS AKORD

Vytvořte v systému NIS AKORD kompletní zdravotnickou dokumentaci následujícím pacientům:

- 1) Prvního pacienta pojmenujte svým příjmením a jménem (pokud již v systému pacient s vaším jménem existuje, pozměňte křestní jméno).
- 2) Prvního pacienta pojmenujte svým příjmením a jménem (pokud již v systému pacient s vaším jménem existuje, pozměňte křestní jméno).

Přihlašování do systému NIS AKORD Hospitalizace

Hospitalizace: IntHlekar1 ;heslo: IntHlekar1

Příjem:

Vytvořte v systému NIS AKORD Hospitalizace kompletní zdravotnickou dokumentaci k následujícímu pacientovi. Pacienta pojmenujte **svým příjmením a jménem** (pokud již v systému pacient s vaším jménem existuje, pozměňte křestní jméno).

Příjem:

Přijetí doporučil: praktický lékař; Důvod přijetí: léčebný; Přijetí: neodkladné;
Doporučen k přijetí s diagnózou: přijetí: A69.2 Lymeská nemoc (Lymeská borelióza)
Diagnóza při přijetí: A69.2 Lymeská nemoc (Lymeská borelióza) (základní dg.)
Trvalé dg.: M54.5 Bolesti dolní části zad – hrudně-bederní krajina
Ostatní dg.: Z88.0

Nynější onemocnění, anamnéza, status prézens, vitální funkce:

NO: 30-letý pacient léčen pro bolesti zad v oblasti C-Th páteře a lumbalgie s lancinujícími bolestmi charakteru rachialgií v PHK a PDK. Nyní i ECM na břiše. Byl hospit. opakovaně na neurologii a na inf. odd., v likvoru sporný nález P+, CB 0,49, buňky však neuvedeny, PL proti borreliím v séru IgG opakovaně pozitivní, při posledním vyšetření negat., PL ve třídě IgG v moku negativní, v ostatních třídách neuvedeno, bez poruchy likvorové bariery, léčen i.v. PNC, ale jen 2 dny, potom přechod na i.m. pro nesnášenlivost, nyní bere Deoxymykoin pro ECM. Bolesti na léčbu vůbec nereagují, spíše se zhoršují. Pac. je v péči infektologické ambulance.

Anamnéza:

OA: běžné dětské infekty, plané neštovice prodělal 2001

RA: otec DM

FA: Deoxymykoin 100 mg 1-0-0

AA: PNC (Z88.0)

Abusus: cigarety 5/d, alkohol příležitostně

Status prézens:

TK: 130/80; pulz: 90/min; teplota: 39,2 °C;

Pac. při vědomí, plně mobilní, udává bolesti svalů a kloubů, bolesti hlavy; spolupracuje, bez újmy na orientaci, verbální komunikace jasná a srozumitelná; stav výživy a svalstva přiměřený; kůže bez patologických efflorescencí, anikterická, necyanotická, bez známek krvácení, Erythema migrans, sliznice vlhké bez povlaku;

Diagnostický souhrn: Dle mého soudu nutno pac. přijmout na inf. odd., provést kontrolní vyšetření likvoru s kvalitním biochemickým s cytologickým vyšetřením moku, odeslat likvor na vyšetření

protilátek na IgM, IgG, IgA, nejlépe do několika laboratoří. Dále je vhodné odeslat mok na elektronovou mikroskopii k vyloučení přítomnosti živých borrelií v moku. Vzhledem k tomu, že pac. nesnáší i.v. krystalický PNC je dle mého názoru indikována i.v. terapie ceftriaxonem alespoň po dobu 3 týdnů.

Recept:

Ceftriaxon Kabi INJ PLV SOL 10X1G ; i.v. 2 x 1g denně

Žádanky:

Vytvořte:

RTG bederní páteře (Důvod vyšetření: bolesti zad v oblasti C-Th páteře a lumbalgie s lancinujícími bolestmi charakteru rachialgií v PHK a PDK.)

Propuštění pacienta:

Ukončení hospitalizace: hospitalizace ukončena, pacient propuštěn domů; Potřeba další péče: dočasná ambulantní; Nemocniční nákaza: žádná

Příjem:

Vytvořte v systému NIS AKORD Hospitalizace kompletní zdravotnickou dokumentaci k následujícímu pacientovi. Pacienta pojmenujte **svým příjmením a jménem** (pokud již v systému pacient s vaším jménem existuje, pozměňte křestní jméno).

PACIENT:

Příjem:

Přijetí doporučil: praktický lékař; Důvod přijetí: léčebný; Přijetí: neodkladné;

Doporučen k přijetí s diagnózou: K92.2 Krvácení ze žaludku a střev NS

Diagnóza při přijetí: K92.2 Krvácení ze žaludku a střev NS (Základní)

Ostatní diagnózy: R63.4 Abnormální ztráta hmotnosti

Trvalé dg.: I10 Esenciální (primární) hypertenze; E11 Diabetes mellitus S jinými určenými komplikacemi

Nynější onemocnění, anamnéza, status prézens, vitální funkce:

NO: V posledním půlroce trpí nechutenstvím, celkovou únavou. Za tuto dobu zhubl o 8 kg. Bolesti břicha nemá, ale před dvěma dny se objevila příměs čerstvé krve ve stolici. Přiját k vyšetření zažívacího ústrojí za hospitalizace.

Anamnéza:

OA: Běžné dětské nemoci. Operace: žádné.

Úrazy: fraktura pravého předloktí v r. 1986 a fraktura kotníku levé dolní končetiny v r. 1987.

V r. 1990 prodělal cévní mozkovou příhodu (iktus) s centrální parézou n. VII. vlevo a lehčí levostrannou hemiparézou, která se upravila k normě.

Od r. 1990 též léčen pro hypertenzi. V roce 1993 zjištěn diabetes mellitus II. typu, který byl kompenzován pouze dietou, v posledním roce zahájena aplikace perorálních antidiabetik (Glucophage 2x500 mg/d). Kardiologicky dosud bez obtíží, klaudikace nemá, zažívacími potížemi netrpí, dysurie se neprojevují. Pro retardaci močení a nykturii se před 2 měsíci podrobil urologickému vyšetření s nálezem mírně zvětšené prostaty. Zatím mu byla doporučena konzervativní léčba.

RA: Otec zemřel za války ve 30 letech na TBC; matka zemřela v 77 letech na cévní mozkovou příhodu, léčila se pro hypertenzi, podrobila se strumektomii. 2 bratři – jeden zemřel v 75 letech na IM, léčil se pro chronickou ischemickou chorobu srdeční, st. p. cévní mozkové příhodě, druhý zemřel v 68 letech na plicní embolizaci po břišní operaci, důvod operace není pacientovi znám. 1 syn 44 let, zdrav.

SA: Vdovec, žije sám, je v péči syna, starobní důchodce. Dříve vedoucí projekční kanceláře.

FA: Anopyrin 100mg 1-0-0 tableta; Agapurin 100mg 1-0-1 tablety; Isoptin SR 240mg 1-0-0 tableta; Maninil 5 1-1-1 tablety; Glucophage 500mg 1-0-1 tablety

AA: Exantém po jahodách, alergie na léky se neprojevuje.

Abusus: nekuřák, kávu nepije, alkohol 1 pivo denně.

Status prézens:

TK: 135/85, pulz: 70/min, teplota: 36,5 °C

Pac. orientovaný, lucidní, afebrilní, anikterický, spolupracuje. Hlava normocefalická, LU nehmatám, výstupy trigeminu nebolestivé, spojivky růžové, skléry bez ikteru, fotoreakce přítomny v obou kvalitách, oči, uši, nos bez patologické reakce, jazyk plazí ve střední čáře, náplň krčních žil nezvýšená, karotidy tepou symetricky, L uzliny nehmatám, štítná žláza nezvětšená, AS pravidelná, dvě ozvy ohraničené, šelest nediferencuji, dýchání čisté sklípkové bez vedlejších fenoménů, břicho v niveau, měkké prohmatné, poklep diferenciálně bubínkový, peristaltika přítomna, per rectum t. č. bez patologického nálezu. DKK bez otoků či známek zánětu.

Diagnostický souhrn: Pacient byl přijat na interní kliniku FN Motol 14. 1. 20014 v 10:30 hod. na doporučení praktického lékaře pro nechutenství, váhový úbytek, příměs krve ve stolici.

Medikace:

Brufen 1-0-1

Recepty:

Algifen Neo 1x25ml, inj., dávkování: při bolestech či recidivě koliky

Žádanky:

Vytvořte žádanku na sonografii jater a sleziny.

Důvod vyšetření: Pacient přijat kvůli sérii vyšetření k dodiagnostikování krve ve stolici, hmotnostního úbytku, nechutenství nejasného původu.

dg.: Krvácení ze žaludku a střev NS

Propuštění pacienta:

Ukončení hospitalizace: hospitalizace ukončena, pacient propuštěn domů; Potřeba další péče: dočasná ambulantní; Nemocniční nákaza: žádná