

ЕТАПНА ЕПИКРИЗА

за периода от:01.10.2018

до:01.10.2018

Пациент Име:Антония Владимирова Русинова ЕГН:8908096433 Град:София Адрес:	Име:Слави Станев ЕГН: УИН:1500000411 Пр. №	Лекар
---	---	-------

Водеща диагноза:

G80.8 Друга детска церебрална парализа

Придружаващи заболявания:

Анамнеза:

На 18 месечна възраст установена ДЦП - спастична тежка квадрипареза . Провеждани са опертивни корекции и консервативно лечение . Въпреки проведеното лечение самостоятелната походка невъзможна. Изостава в психомоторното си развитие, ползва постоянно чужда помощ.
 Обективно състояние:

Походка невъзможна самостоятелна , с чужда помощ стъпва на пръсти и външен ръб на стъпалата .Лека контрактура на ахилесовите сухожилия двустранно. Спастично повишен мускулен тонус на четирите крайника . Възможни активни движения след преодоляване на мускулния спазъм, изпълняват се със забавена скорост. Положителни патологичени рефлексии на долни карйници .
 Изследвания:

След поставянето на нервен и мускулен стимулатор 2001D походката се подобрява значително, а спастичността намалява.Изполсването на системата двустранно показва отчетливо подобрение, както на моторната функция на краката, така и на психосоциалния статус на пациентката.

Консултации:

Терапия:

Препоръчително е използването на системата,което ще доведе до трайно подобрение в състоянието на пациентката.

Процедури:

Заклучение: Нуждае се от помощни средства-нервен и мускулен стимулатор 2001D

Дата:01.10.2018



Пациент **8 9 0 8 0 9 6 4 3 3** **2 2** **0 1** ЕГН(ЛНЧ) на пациента РЗОК No здравен район

Лекар **2 3 0 6 1 3 4 0 2 3** регистрационен номер на лечебното заведение

Идентификационен номер ЛНЧ дата на раждане **0 9** **0 8** **1 9 8 9** **B G** код на държава

Антония Владимирова Русинова име, презиме и фамилия по лична карта неблагоп. условия

Адрес: гр.(с.) **София**

Ул **Осогово** No **36**

Ж.к. бл **вх** ет **2** ап **6** код специалност **1 0** името и фамилия **Слави Станев**

ПЛАТЕН ПРЕГЛЕД No. **0 0 3 2 6 9** дата **0 1** **1 0** **2 0 1 8** час **1 3** **5 4** 30233 лз журнал

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ (бл. 3, бл. 3А, бл. 6) вид бл. No тип от дата

ОТ регистрационен номер на лечебното заведение УИН на лекаря код спец. заместващ/нает УИН на заместващ/нает лекаря

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПЪРВИЧНО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ СИМП No. дата

Посещение за

консултация

профилактика детско здравеопазване майчино здравеопазване вторичен профилактичен ЗОЛ над 18г. г.с.:

диспансерен преглед

ВСД

рецепта на хоспитализирано ЗЗОЛ

експертиза на работоспособността

по искане на ТЕЛК

Вид преглед

амбулаторен домашен инцидентно посещение

първичен първичен

вторичен вторичен

Имунизац код код код проба Манту

Издадени документи

медицински направления за консултация или за провеждане на съвместно лечение/направление за КДН код специалност напр. No код специалност напр. No

медицински направления за ВСД и назначени ВСД код специалност напр. No код ВСД

направления за МДД направление No Кодове на назначени изследвания

талон за МЕ No талон за ТЕЛК

направление за КП, КПр, АПр

болничен лист No дни МКБ от до първично продължение

рецепта рецептурна книжка No. бързо известие етапна епикриза мед. бележка

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Информирам съм за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати. Декларирам, че към момента на прегледа не съм хоспитализиран.

пациент лекар (подпис и личен печат или личен печат на лечебното заведение)

Per. № 231 **Слави Станев** невролог - 10 УИН: 230000411

Основна диагноза МКБ **G 8 0 8**

Друга детска церебрална парализа

Придружаващи заболявания и усложнения

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Анамнеза

На 18 месечна възраст установена ДЦП - спастична тежка квадрипареза. Провеждани са оперативни корекции и консервативно лечение. Въпреки проведеното лечение самостоятелната походка невъзможна. Изостава в психомоторното си развитие, ползва постоянно чужда помощ.

Обективно състояние

Походка невъзможна самостоятелна, с чужда помощ стъпва на пръсти и външен ръб на стъпалата. Лека контрактура на ахилесовите сухожилия двустранно. Спастично повишен мускулен тонус на четирите крайника. Възможни активни движения след преодоляване на мускулния спазъм, изпълняват се със забавена скорост. Положителни патологични рефлексии на долни карйници.

Изследвания

След поставянето на нервен и мускулен стимулатор 2001D походката се подобрява значително, а спастичността намалява. Използването на системата двустранно показва отчетливо подобрене, както на моторната функция на краката, така и на психосоциалния статус на пациентката.

Терапия

Препоръчително е използването на системата, което ще доведе до трайно подобрене в състоянието на пациентката.

Код на извършени специализирани или високоспециализирани дейности/код на назначени/изпълнени процедури за физикална и рехабилитационна Клиничен преглед от специалист 1