

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

ЛПУ _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Контактный телефон _____

Место работы _____

Инвалидность _____

Диагноз _____

Группа крови _____

Фенотип резуса _____

Сопутствующие заболевания _____

Аллергические реакции _____

Отделение, тел. _____

Лечащий врач _____

Тел. лечащего врача _____

Квота _____

Даты госпитализации _____

Курс ПХТ _____

Вес ____ кг Рост ____ см Площадь поверхности тела _____ м²

Дозы и даты введения цитостатиков _____

Осложнения лечения _____

Даты обследований, лечебно-диагностических процедур
