|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΠΕΔΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ/ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ** |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ / ΙΔΡΥΜΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΠΕΙ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** | | | |  | | | | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |  | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ: | | | |  | | | | | | |
| ΑΜΚΑ: | | | |  | | | | | | |
| ΑΜ/ΑΣΦ. ΦΟΡΕΑΣ: | | | |  | | | | | | |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| **Β. ΔΙΑΓΝΩΣΗ** | | | | ICD 10 (διεθνής ταξινόμηση νόσων) | | | | | | |
| 1 . | | | |  | | | | | | |
| 2 . | | | |  | | | | | | |
| 3 . | | | |  | | | | | | |
| 4 . | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| **Γ. ΦΥΣΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ** | | | | | | | | | | |
|  | Καθόλου | | | Λίγο | | Μέτρια | | Πολύ | Απολύτως | |
| Επικοινωνία (π.χ. ομιλία, όραση, ακοή, γραφή) |  | | |  | |  | |  |  | |
| Κινητικότητα (π.χ. αλλαγή στάσης σώματος, χρήση χεριών, βάδιση κτλ.) |  | | |  | |  | |  |  | |
| Αυτοεξυπηρέτηση (π.χ. Προσωπική Υγιεινή, ένδυση, σίτιση) |  | | |  | |  | |  |  | |
| Δυνατότητα διαβίωσης κατ' οίκον. |  | | |  | |  | |  |  | |
| **Δ. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** | | |  | | | |  | | | |
|  | | | ΌΧΙ | | | | ΝΑΙ | | | |
| ΦΕΡΕΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ | | |  | | | |  | | | |
| ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ | | |  | | | |  | | | |
| ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ | | |  | | | |  | | | |
| ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΟΞΥΓΟΝΟΥ | | |  | | | |  | | | |
| ΑΛΛΟ: | | |  | | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
| **Ε. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Π.Χ. φυσικοθεραπείας, αναπνευστικών ασκήσεων κτλ.)** | | | | |  | | | | | |
| **ΣΤ. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ** | | | | |  | | | | | |

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ: (Ιστορικό – παρούσα κατάσταση – προσδοκίες)** ………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ