|  |
| --- |
| **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$$▼\_{1}$$ | Λίγο$$▼\_{2}$$ | Μέτρια$$▼\_{3}$$ | Πολύ$$▼\_{4}$$ | Απολύτως$$▼\_{5}$$ |
| Επικοινωνία (π.χ. ομιλία, όραση, ακοή, γραφή) |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |  $$☐\_{3}$$ |  $$☐\_{4}$$ |  $$☐\_{5}$$ |
| Κινητικότητα (π.χ. αλλαγή στάσης σώματος, χρήση χεριών, βάδιση κτλ.) |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |  $$☐\_{3}$$ |  $$☐\_{4}$$ |  $$☐\_{5}$$ |
| Αυτοεξυπηρέτηση (π.χ. Προσωπική Υγιεινή, ένδυση, σίτιση) |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |  $$☐\_{3}$$ |  $$☐\_{4}$$ |  $$☐\_{5}$$ |
| Δυνατότητα διαβίωσης κατ' οίκον. |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |  $$☐\_{3}$$ |  $$☐\_{4}$$ |  $$☐\_{5}$$ |
| **Δ. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |   |   |
|   |  ΌΧΙ$$☐\_{1}$$ |  ΝΑΙ$$☐\_{2}$$ |
| ΦΕΡΕΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |
| ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ  |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |
| ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |
| ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΟΞΥΓΟΝΟΥ |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |
| ΑΛΛΟ: |  $$☐\_{1}$$ |  $$☐\_{2}$$ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ε. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Π.Χ. φυσικοθεραπείας, αναπνευστικών ασκήσεων κτλ.)** |   |
| **ΣΤ. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ** |   |

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

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

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

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

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

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

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

 ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ