|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ / ΠΕΔΥ /ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ :**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ /****ΙΔΡΥΜΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΠΕΙ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ** |
| **Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚωδΑσθενούς** **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** |
|  ΕΠΩΝΥΜΟ :  |
|  ΟΝΟΜΑ :  |
|  ΑΜΚΑ :  |
|  ΑΜ/ ΑΣΦ. ΦΟΡΕΑΣ:  |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ :  |
|   |
|   |
| **Β. ΔΙΑΓΝΩΣΗ** | **ICD 10****(διεθνής ταξινόμηση νόσων)** |
| 1.  |   |
| 2.  |   |
| 3.  |   |
| 4.  |   |
| 5.  |   |
|  |  |
|  |  |
| **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. αλλαγήστάσης σώματος,χρήση χεριών,βάδιση κτλ.) | **1** | **2** |  **3** |  **4** | **5** |
| Αυτοεξυπηρέτηση(π.χ. ΠροσωπικήΥγιεινή, ένδυση,σίτιση) | **1** | **2** |  **3** |  **4** | **5** |
| Δυνατότηταδιαβίωσης κατ’οίκον . | **1** | **2** |  **3** |  **4** | **5** |
| **Δ. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |  |  |
|  |  ΟΧΙ**1** |  ΝΑΙ**2** |
| ΦΕΡΕΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ |  **1** |  **2** |
| ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ |  **1** |  **2** |
| ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ |  **1**  |  **2** |
| ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗΟΞΥΓΟΝΟΥ |  **1** |  **2** |
| ΑΛΛΟ: |  **1** |  **2** |
|  |
| **Ε. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Π.Χ.****φυσικοθεραπείας, αναπνευστικών** **ασκήσεων κτλ)** |  |
| **ΣΤ. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ****ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ** |  |
|  **Λοιπά**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Ημερομηνία ……/…../20…ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ | Δ/ΝΤΗΣ Ή ΕΛΕΓΚΤΗΣ |