|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. 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** | |  | | | | |  | | |
|  | | ΟΧΙ**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** | | | |  | | | | | |
| **Λοιπά**:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία ……/…../20…  ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ | | | | | | Δ/ΝΤΗΣ Ή ΕΛΕΓΚΤΗΣ | | | |