**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ**

**ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (Κ.Κ.Π.Π.Α.) – Ν.Π.Δ.Δ.**

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

                      Απαραίτητη η προσκόμιση του κατωτέρω ελέγχου και εξετάσεων.

Α. Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Ο Σ Ε Λ Ε Γ Χ Ο Σ

1.Α/α Θώρακος ...........................................................................................................................

                                                                                                 (Ημερομηνία) ....../....../...............

                                                                                                                Ο Ιατρός

                                                                                                 (Ονοματεπώνυμο, σφραγίδα)

2.Η.Κ.Γ. .......................................................................................................................................

                                                                                                  (Ημερομηνία) ....../....../..............

                                                                                                                        Ο Ιατρός

                                                                                                  (Ονοματεπώνυμο, σφραγίδα)

3. Γενική Αίματος ........................................................................................................................

4. Τ.Κ.Ε. .......................................................................................................................................

5. Σάκχαρο ........................................................ 6. Ουρία ..........................................................

7. Ηβς Ag .......................................................... 8. H.C.V. ...........................................................

9. H.I.V. ............................................................ 10. Wasserman/VDRL ........................................

11. Ενεργός ή Χρόνια Φυματίωση................................................................................................

                                                                                                     (Ημερομηνία) ....../....../...........

                                                                                                                        Ο Ιατρός

                                                                                                       (Ονοματεπώνυμο, σφραγίδα)

Β. Π Α Θ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Η Ε Ξ Ε Τ Α Σ Η

Ο/Η υπογεγραμμέν.... ιατρός ..................................................................................... βεβαιώνω ότι εξέτασα τ...ασθενή ........................................................................ Α.Μ.Κ.Α.: ......................

και βρήκα να φέρει/πάσχει από: .....................................................................................................................

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ**

* ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:……………………………………………………………………………………………
* ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:……………………………………………………………………………………………
* ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ:……………………………………………………………………………………………
* ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ:……………………………………………………………………………………
* ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:…………………………………………………………………………………………….
* ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ:…………………………………………………………………………………………………
* ΓΝΩΣΤΕΣ/ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:…………………………………………………………………………..
* Οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή καρκίνο:…………………………………………………........
* Δυσεπούλωτα τραύματα ή κατακλίσεις:………………………………………………………………………

Επίσης βεβαιώνω ότι βρήκα αυτ.... κλινήρη  ,περιπατητικό  , μερικώς περιπατητικό  , αυτοεξυπηρετούμενο, μη αυτοεξυπηρετούμενο και χρήζει εισαγωγής σε Κλινική ή Ιδρυμα Χρονίως Πασχόντων.

ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ(ΣΥΝΟΛΙΚΑ):..................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

                                                                                                     (Ημερομηνία) ....../....../...........

                                                                                                                        Ο Ιατρός

                                                                                                       (Ονοματεπώνυμο, σφραγίδα)

Γ. Ψ Υ Χ Ι Α Τ Ρ Ι Κ Η Ε Ξ Ε Τ Α Σ Η

Ο/Η υπογεγραμμέν... ιατρός ...................................................................................... βεβαιώνω

ότι εξέτασα τ.. ασθενή ......................................................................... Α.Μ.Κ.Α.: ......................

Ο/Η ανωτέρω (διαγράφονται αναλόγως):

1. Φέρει / Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας

2. Πάσχει / Δεν πάσχει από Ψυχικήδιαταραχή(αναφέρετε) .........................................................

.....................................................................................................................................................

3. Η Ψυχική τ... κατάσταση φτάνει / δεν φτάνει μέχρι διεγέρσεως ώστε να τ... καθιστά επικίνδυν... για τον εαυτό τ... ή τους άλλους.

ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ....................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

                                                                                                     (Ημερομηνία) ....../....../...........

                                                                                                                        Ο Ιατρός

                                                                                                       (Ονοματεπώνυμο, σφραγίδα)

Δ. Δ Ε Ρ Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Η Ε Ξ Ε Τ Α Σ Η

Ο/Η υπογεγραμμέν... ιατρός ...................................................................................... βεβαιώνω ότι εξέτασα τ.. ασθενή ....................................................................... Α.Μ.Κ.Α.:.........................

Ο/Η ανωτέρω (διαγράφονται αναλόγως) :

Πάσχει/ Δεν πάσχει από συφυλίδα ή άλλο μεταδοτικό νόσημα.

Σε περίπτωση άλλης δερματολογικής πάθησης αυτή είναι ........................................................

.....................................................................................................................................................

ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ....................................................................................

.....................................................................................................................................................

                                                                                                     (Ημερομηνία) ....../....../...........

                                                                                                                        Ο Ιατρός

                                                                                                       (Ονοματεπώνυμο, σφραγίδα)