**Α. ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ**

**1. Στοιχεία Ασθενούς** (Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο  |  |
| Ηλικία |  |
| ΑΜ |  |
| ΑΜΚΑ |  |

**2. Διάγνωση Εισόδου** (Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

|  |
| --- |
|  |

**3. Απαιτούμενη νόσος/πάθηση βάσει του άρ. 7 Μέρος Β’ του Καταστατικού του ΙΠΧΠ προκειμένου να καταστεί επιτρεπτή η εισαγωγή του ασθενούς.** (Συμπληρώνεται από την Ιατρική Υπηρεσία του ΙΠΧΠ. Παρακαλώ σημειώστε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| α. Νόσος Κ.Ν.Σ  |  | ι. Ημιπάρεση  |  |
| β. Μυοπάθεια |  | ια. Συγγενείς δυσπλασίες  |  |
| γ. Παραπληγία  |  | ιβ. Α.Ε.Ε |  |
| δ. Τετραπληγία  |  | ιγ. Πολυαρθρίτιδα |  |
| ε. Mυοατροφία  |  | ιδ. Νόσος Parkinson  |  |
| στ. Kατάγματα |  | ιε. Νόσος του ΛΙΤΛ  |  |
| ζ. Nόσος Friedreigh |  | ιστ. Άλλη νόσος 1:  |  |
| η. Σκλήρυνση κατά πλάκας  |  | ιζ. Άλλη νόσος 2: |  |
| θ. Aγκυλωτική Αρθροπάθεια  |  | ιη. Άλλη νόσος 3: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Τυχόν Παρατηρήσεις |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ύπαρξη Συνοδών Παθήσεων |  |

**4. Κινητική/Σωματική κατάσταση του ασθενούς** (Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ. Παρακαλώ σημειώστε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο.)

|  |  |
| --- | --- |
| Περιπατητικός/ή |  |
| Υποβασταζόμενος/η |  |
| Κατάκοιτος/η |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Τυχόν Λοιπές Παρατηρήσεις |  |

**5. Κινητική Αναπηρία** (Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ. Παρακαλώ σημειώστε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο.)

|  |  |
| --- | --- |
| α. Δεξιά Πλευρά |  |
| β. Αριστερή Πλευρά |  |
| γ. Αριστερό άνω άκρο |  |
| δ. Δεξιό Άνω άκρο |  |
| ε. Αριστερό κάτω άκρο |  |
| στ. Δεξιό Κάτω άκρο |  |

**6. Επίπεδο Επικοινωνίας του Ασθενούς** (Συμπληρώνεται και από την Ιατρική Υπηρεσία του ΙΠΧΠ. Παρακαλώ σημειώστε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό **ΕΟΠΥΥ** | Συμπληρώνεται από την Ιατρική Υπηρεσία του **ΙΠΧΠ** |
| **Επίπεδο Επικοινωνίας ωφελούμενου** |  |
| Προφορικός Λόγος | Ικανοποιητικό επίπεδο Μέτριο επίπεδο Μη ικανοποιητικό επίπεδο  | Ικανοποιητικό επίπεδο Μέτριο επίπεδο Μη ικανοποιητικό επίπεδο |
| Γραπτός Λόγος | Ικανοποιητικό επίπεδο Μέτριο επίπεδο Μη ικανοποιητικό επίπεδο | Ικανοποιητικό επίπεδο Μέτριο επίπεδο Μη ικανοποιητικό επίπεδο |
| **Πνευματική Αντίληψη**  |  |
| Αναγνωρίζει πρόσωπα και χώρους  | Πάντα Κατά Διαστήματα Καθόλου | Πάντα Κατά Διαστήματα Καθόλου |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Νοητική Υστέρηση**Ναι Όχι | Σε θετική απάντηση παρακαλώ συμπληρώστε: Ήρεμος/η Ανήσυχος/η Διεγερτικός/η | Σε θετική απάντηση παρακαλώ συμπληρώστε: Ήρεμος/η Ανήσυχος/η Διεγερτικός/η |

**7. Περιπτώσεις αποκλεισμού σύμφωνα με το Καταστατικό του ΙΠΧΠ** (Συμπληρώνεται από την Ιατρική Υπηρεσία του ΙΠΧΠ. Παρακαλώ σημειώστε Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο.)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Συντρέχει περίπτωση αποκλεισμού σύμφωνα με το Καταστατικό (σε καταφατική περίπτωση παρακαλώ σημειώστε **X** στο αντίστοιχο τετράγωνο) |  **ΝΑΙ ΟΧΙ** |
| A) Περιπατητικός/ή |  |
| B) Τυφλός/ή |  |
| C) Κωφός/ή |  |
| D) Καρκινοπαθής εν ενεργεία (δεν έχει περάσει χρονικό διάστημα 5 ετών) |  |
| E) Δερματικό νόσημα |  |
| F) Μεταδοτικό νόσημα |  |
| G) Επιληπτικός/ή (χωρίς αγωγή) |  |
| H) Περιπατητικό άτομο με διανοητική στέρηση |  |
| 2. Δεν συντρέχει περίπτωση αποκλεισμού |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****O ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ IATΡΟΣ ΕΟΠΥΥ** **Για τα στοιχεία που συμπληρώθηκαν από αυτόν** **Υπογραφή/Σφραγίδα:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****O IATΡΟΣ ΤΟΥ ΙΠΧΠ****Για τα στοιχεία που συμπληρώθηκαν από αυτόν****Υπογραφή/Σφραγίδα:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Β. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

(Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΞΕΤΑΣΗ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** | **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** |
| **α/α Θώρακος** |  |  |
| **Γενική Αίματος** |  |  |
| **Ουρία** |  |  |
| **Σάκχαρο** |  |  |
| **Αυστραλιανό αντιγόνο****(SGOT – SGPT – γGT)** |  |  |

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**O ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ IATΡΟΣ ΕΟΠΥΥ**

(σφραγίδα-υπογραφή)

**Γ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

(Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

Ο/Η υπογεγραμμένος/η Ιατρός\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ βεβαιώ ότι εξέτασα τ\_\_ν ασθενή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ και βρήκα αυτ\_\_ν να πάσχει από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Λαμβανόμενη Αγωγή κατά την ημερομηνία εισαγωγής:

Α)

Β)

Γ)

Δ)

Ε)

Απώλεια ούρων \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Απώλεια κοπράνων \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τύφλωση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Φέρει / Δεν φέρει δυσεπούλωτα τραύματα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Πάσχει / Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, ηπατίτιδα ή ενεργό φυματίωση. Πάσχει / Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή καρκίνο

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**O ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ IATΡΟΣ ΕΟΠΥΥ**

(σφραγίδα-υπογραφή)

**Δ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ή ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

(Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

**(Διανοητική κατάσταση, διεγέρσεις, επιληψία, καταλληλότητα για συμβίωση)**

**Ο/Η υπογεγραμμένος/η Ιατρός \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ βεβαιώ ότι εξέτασα τ\_\_ν ασθενή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ και γνωματεύω \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 **Λαμβανόμενη Αγωγή:**

**Α)**

**Β)**

**Γ)**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**O ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ IATΡΟΣ ΕΟΠΥΥ**

(σφραγίδα-υπογραφή)

**Ε. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

(Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

**Ο υπογεγραμμένος Ιατρός \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ βεβαιώ ότι εξέτασα τ\_\_ν ασθενή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ και βρήκα αυτ\_\_ν**

**να πάσχει / να μην πάσχει από μεταδοτικό νόσημα.**

**Σε περίπτωση άλλης δερματολογικής πάθησης αυτή είναι \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Λαμβανόμενη Αγωγή:**

**Α)**

**Β)**

**Γ)**

**Δ)**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**O ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ IATΡΟΣ ΕΟΠΥΥ**

(σφραγίδα-υπογραφή)

**O IATΡΟΣ ΤΟΥ ΙΠΧΠ**

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω (υπ’ αριθμούς Α1 έως Α7) και αφού έλεγξα τις συνημμένες βεβαιώσεις των συμβεβλημένων/πιστοποιημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ (Παθολόγου, δερματολόγου και νευρολόγου ή ψυχιάτρου) καθώς και τον εργαστηριακό έλεγχο και κατόπιν της επισκέψεως μου σήμερα την \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ στον/στην ασθενή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ διαπιστώνω ότι ο/η ως άνω ασθενής **ΠΛΗΡΟΙ/ΔΕΝ ΠΛΗΡΟΙ** τις προϋποθέσεις εισαγωγής.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(σφραγίδα-υπογραφή)