

Α. ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

Όνοματεπώνυμο	
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.)

a) Νόσος Κ.Ν.Σ		k) Μυοπάθεια	
b) Παραπληγία		l) Μυοατροφία	
c) Τετραπληγία		m) Κατάγματα	
d) Ημιπάρεση		n) Συγγενείς δυσπλασίες	
e) Α.Ε.Ε		o) Πολυαρθρίτιδα	
f) Νόσος Parkinson		p) Αγκυλωτική Αρθροπάθεια	
g) Σκλήρυνση κατά πλάκας		q) Άλλη νόσος 1:	
h) Νόσος του ΛΙΤΛ		r) Άλλη νόσος 2:	
i) Νόσος Friedreich		s) 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

ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΙΠΧΠ	ΕΝΤΥΠΟ ΕΙΣ_03
--	--------------------------

τετράγωνο.)

Περιπατητικός/ή	
Υποβασταζόμενος/η	
Κατάκοιτος/η	

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

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

a) Δεξιά Πλευρά	
b) Αριστερή Πλευρά	
c) Αριστερό άνω άκρο	
d) Δεξιό Άνω άκρο	
e) Αριστερό κάτω άκρο	
f) Δεξιό Κάτω άκρο	

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

	Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ	Συμπληρώνεται από την Ιατρική Υπηρεσία του ΙΠΧΠ
Επίπεδο επικοινωνίας ασθενούς		
Προφορικός Λόγος	Ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/> Μέτριο επίπεδο <input type="checkbox"/> Μη ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/>	Ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/> Μέτριο επίπεδο <input type="checkbox"/> Μη ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/>
Γραπτός Λόγος	Ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/> Μέτριο επίπεδο <input type="checkbox"/> Μη ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/>	Ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/> Μέτριο επίπεδο <input type="checkbox"/> Μη ικανοποιητικό επίπεδο <input type="checkbox"/>
Πνευματική αντίληψη		
Αναγνωρίζει πρόσωπα και χώρους	Πάντα <input type="checkbox"/> Κατά διαστήματα <input type="checkbox"/> Καθόλου <input type="checkbox"/>	Πάντα <input type="checkbox"/> Κατά διαστήματα <input type="checkbox"/> Καθόλου <input type="checkbox"/>

Διανοητική Καθυστέρηση Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Σε θετική απάντηση παρακαλώ συμπληρώστε: Ήρεμος/η <input type="checkbox"/> Ανήσυχος/η <input type="checkbox"/> Διεγερτικός/η <input type="checkbox"/>	Σε θετική απάντηση παρακαλώ συμπληρώστε: Ήρεμος/η <input type="checkbox"/> Ανήσυχος/η <input type="checkbox"/> Διεγερτικός/η <input type="checkbox"/>
---	--	--

7. Περιπτώσεις αποκλεισμού σύμφωνα με το Καταστατικό του ΙΠΧΠ (Συμπληρώνεται από την Ιατρική Υπηρεσία του ΙΠΧΠ. Παρακαλώ σημειώστε X 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Τυφλός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Κωφός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Καρκινοπαθής εν ενεργεία (δεν έχει περάσει χρονικό διάστημα 5 ετών)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Δερματικό νόσημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Μεταδοτικό νόσημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Επιληπτικός/ή (χωρίς αγωγή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Περιπατητικό άτομο με διανοητική στέρωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Δεν συντρέχει περίπτωση αποκλεισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____</p> <p style="text-align: center;">Ο ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΟΠΥΥ</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Για τα στοιχεία που συμπληρώθηκαν από αυτόν</p> <p style="text-align: center;">Σφραγίδα: _____</p> <p style="text-align: center;">Υπογραφή: _____</p>	<p style="text-align: center;">ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____</p> <p style="text-align: center;">Ο ΙΑΤΡΟΣ ΤΟΥ ΙΠΧΠ</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Για τα στοιχεία που συμπληρώθηκαν από αυτόν</p> <p style="text-align: center;">Σφραγίδα: _____</p> <p style="text-align: center;">Υπογραφή: _____</p>
--	--

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: _____

Ο ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

(σφραγίδα-υπογραφή)

Γ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

(Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός _____

Βεβαιώ ότι εξέτασα τ__ν ασθενή _____ και βρήκα αυτ__ν να πάσχει
από _____

Λαμβανόμενη Αγωγή κατά την ημερομηνία εισαγωγής:

A)

B)

Γ)

Δ)

Ε)

Απώλεια ούρων _____

Απώλεια κοπράνων _____

Τύφλωση _____

Φέρει / Δεν φέρει δυσεπούλwτα τραύματα _____

Πάσχει / Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, ηπατίτιδα ή ενεργό φυματίωση.

Πάσχει / Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή καρκίνο

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

Ο ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

(σφραγίδα-υπογραφή)

Δ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ή ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

(Συμπληρώνεται από τον συμβεβλημένο/πιστοποιημένο Ιατρό ΕΟΠΥΥ.)

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

Ο ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ 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 _____

A)

B)

Γ)

Δ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

Ο ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

(σφραγίδα-υπογραφή)

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 βάσει του καταστατικού του ΙΠΧΠ (Μέρος β' άρθρο 7) περί εισαγωγής ασθενών.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ
ΙΠΧΠ

ΕΝΤΥΠΟ
ΕΙΣ_03

Ο ΙΑΤΡΟΣ ΤΟΥ ΙΠΧΠ

(σφραγίδα-υπογραφή)