

**20.1.ι. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**

Όνοματεπώνυμο αιτούντος : .....

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος : .....

Έτος διάγνωσης : .....

Νόσος : Πρωτοπαθής ..... Δευτεροπαθής.....

(Υποκείμενη νόσος .....)

**Εντόπιση**

Χέρια..... Ισχία..... Γόνατα..... ΣΣ.....

Άλλο.....

(περιγράψτε : .....

.....

.....

.....)

**Ορθοπαιδικές επεμβάσεις** (εντόπιση- είδος- έτος)

.....

.....

.....

.....

**Λειτουργική έκπτωση** (χρήση χεριών, βάδιση, σκάλα, χρήση βακτηρίας ή άλλων βοηθημάτων κ.λπ.)

.....

.....

.....

.....

.....

**Τρέχουσα θεραπευτική αγωγή** (από του στόματος, ενέσιμη κ.λπ.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο αιτούντος : .....

A.M.K.A. αιτούντος : .....

**Προηγούμενες θεραπείες**

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

Σωματικό βάρος: ..... BMI: ..... Κάπνισμα (ναι/ όχι/ πρώην) : .....

**Συνυπάρχουσες Παθήσεις**

(όπως προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενούς. Ο αιτών οφείλει να συμπεριλάβει στον ιατρικό φάκελο που θα καταθέσει στο ΚΕ.Π.Α. τυχόν γνωματεύσεις, ιατρικές εξετάσεις και νοσηλείες που αφορούν σε αυτές).

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις θα πρέπει να ενταχθούν σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1. (Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου).

- 1..... Κωδικός.....  
2..... Κωδικός.....  
3..... Κωδικός.....

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής  
.....

Ημερομηνία ..... 20.....

Ο – Η Δηλ.....Ιατρός

(Υπογραφή - Σφραγίδα)