

20.1.η. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ - ΠΟΛΥΜΥΟΣΙΤΙΔΑ

Όνοματεπώνυμο αιτούντος :

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Νόσος.....

Έτος διάγνωσης :

Ιστορικό-κλινική κατάσταση

(περιγράψτε περιληπτικά την έναρξη και πορεία της νόσου και όργανα/συστήματα που έχουν προσβληθεί)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Εργαστηριακά ευρήματα

(αναφέρατε κατά την κρίση σας παθολογικά ευρήματα από τον γενικό/ανοσολογικό/απεικονιστικό έλεγχο)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Βιοψία μυός:

Τρέχουσα θεραπευτική αγωγή (είδος-διάρκεια)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο αιτούντος :

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Προηγούμενες θεραπείες (είδος-διάρκεια-λόγοι διακοπής)

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

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)