

Αρ. Πρωτ. του ΚΕΦΙΑπ.....

ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο:..... Φύλο:..... Ηλικία:.....

Ημερομηνία γέννησης:..... Τηλέφωνο:.....

Διεύθυνση κατοικίας:.....

Υπεύθυνος επικοινωνίας (Όνοματ/νο & τηλ/νο):.....

Παραπέμπων ιατρός:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Νοσοκ.Μονάδα/Ιδιώτης/Δημ.Υπηρεσία:.....

Κοιν.Λειτουργός:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Ασφαλιστικός φορέας:.....

Επάγγελμα:.....

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Τέκνα: (αριθμός)

Διάγνωση:.....

.....

.....

.....

Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:.....

Ατομικό αναμνηστικό:.....

.....

.....

Κινητικά ελλείμματα: Ημιπληγία Παραπληγία Τετραπληγία Κανένα

Γνωσιακά ελλείμματα: (Προσανατολισμός χώρο/χρόνο, Ανοϊκή συνδρομή, Κοματώδη κατ. κ.α).....

Ειδικό διαιτολόγιο: ΝΑΙ Αν ΝΑΙ, περιγράψτε:.....

ΟΧΙ

Κατάποση: Με/ Χωρίς διαταραχές στην στερεά τροφή

Με/ Χωρίς διαταραχές στην υγρή τροφή

ΧΩΡΙΣ πρόβληματα.

Κατακλίσεις: ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, συμπλήρωσε έλκη από κατακλίσεις στην:

Υπινιακή χώρα
Αυτιά
Ωμοπλάτες

Ιεροκοκκυγική χώρα
Τροχαντήρες
Πτέρνες

Έχει δικό του/της αναπηρικό αμαξίδιο; ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παράκληση όπως σημειώσετε με X αν ο/η ασθενής φέρει:

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Φλεβοκαθετήρα | <input type="checkbox"/> | Τραχειοστομία | <input type="checkbox"/> |
| Διουρηθικό καθετήρα | <input type="checkbox"/> | Γαστροστομία | <input type="checkbox"/> |
| Υπερηβικό καθετήρα | <input type="checkbox"/> | Κολοστομία | <input type="checkbox"/> |
| Χορήγηση O2/ Μηχάνημα | <input type="checkbox"/> | | |
| Ρινογαστρικό καθετήρα | <input type="checkbox"/> | | |

Ατομικό αναμνηστικό (σημειώστε με X αν ο/η ασθενής πάσχει από:)

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Αρτηριακή υπέρταση | <input type="checkbox"/> | Σακχαρώδη διαβήτη | <input type="checkbox"/> |
| Καρδιακή αρρυθμία | <input type="checkbox"/> | Αναπνευστική ανεπάρκεια | <input type="checkbox"/> |
| Στεφανιαία νόσο | <input type="checkbox"/> | Νεφρική ανεπάρκεια | <input type="checkbox"/> |
| Ψυχική νόσος | <input type="checkbox"/> | Επιληπτικές κρίσεις | <input type="checkbox"/> |
| Καπνιστής (ενεργός/ πρώην) | <input type="checkbox"/> | Αλκοόλ | <input type="checkbox"/> |

Παρατηρήσεις-συνήθειες που επηρεάζουν τη νοσηλεία:.....

.....

.....

Φαρμακευτική αγωγή:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Εγκρίνεται η εισαγωγή; ΝΑΙ

ΟΧΙ **Αν ΟΧΙ, πιθανές εκκρεμότητες:**

Προτεινόμενη ημερομηνία εισαγωγής:

Αναμενόμενη διάρκεια νοσηλείας:

Αδρό πρόγραμμα αποκατάστασης:

Φυσικοθεραπεία Εργοθεραπεία Λογοθεραπεία

Παρατηρήσεις:

.....

.....(Τα υπογραμμισμένα συμπληρώνονται από το ΚΕΦΙΑπ)

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο Ιατρού: