

AM:

[ΕΟΕ-02/1_02_ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018]



Επείγον [] Όχι επείγον []

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»
Κατ'οίκον φροντίδα [] Ξενώνας Α.Φ. []

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς _____

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς _____

Όνοματεπώνυμο πατρός _____

Όνοματεπώνυμο μητρός _____

Διεύθυνση Ασθενούς (οδός, αριθμός, πόλη, νομός, Τ.Κ., περιοχή) _____

Τηλέφωνο Ασθενούς (σταθ) _____ **(κιν)** _____

Φύλο _____ **Διάγνωση** _____

Μεταστάσεις _____

Ο ασθενής νοσηλεύεται και πού; _____

Αν βρίσκεται τώρα υπό θεραπεία; (ΧΜΘ) [] ΑΚΘ []

Γενική κατάσταση: Σταθερή [] Ασταθής [] Επιδεινούμενη [] Τελική []

Δραστηριότητα: Περιπατητικός [] Περιορισμένη κινητικότητα [] Κλινήρης []

Επικοινωνία: Καλή [] Συγχυτικός [] Διεγερτικός [] Καμία επικοινωνία []

Ειδικά προβλήματα [] _____

Κατανόηση ασθένειας: Δε γνωρίζει [] Γνωρίζει μερικώς [] Γνωρίζει διάγνωση [] Αμφιβάλλει []

Θεράπων Ιατρός _____ **Ιατρικό Τμήμα** _____

Πρόσφατη Νοσηλεία (Νοσοκομείο, Ημερ. Εισαγωγής - Ημερ. Εξόδου) _____

Συμπτώματα (πόνος, δύσπνοια, έμετος, ανορεξία, κόπωση, ψυχοκοινωνικά προβλήματα)

Ειδικά θέματα: Στομίες (νεφροστομία, κολοστομία, τραχειοστομία, γαστροστομία), Levine, Foley, Οροί,

Παρεντερική σίτιση, Port a cath, Ενδοφλέβια αγωγή, άλλο:

ΑΜ:

[ΕΟΕ-02/1_02_ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018]



Συνοδά Νοσήματα _____

Οικογ. κατάσταση _____ Τέκνα _____ Φροντιστής _____

Άτομα συγκατοίκησης (μένει μόνος;) _____

Επάγγελμα _____ Ασφαλιστικός Φορέας _____

ΑΜΚΑ _____

Όνοματεπώνυμο αιτούντα _____

Σχέση αιτούντα-ασθενούς _____

Από πού πληροφορήθηκε για το πρόγραμμα; _____

Τι επιθυμεί από το πρόγραμμα; - Βασικές ανάγκες φροντίδας (κοινωνική υποστήριξη, πνευματική υποστήριξη, πρακτικά θέματα, σωματικά προβλήματα, ψυχολογική υποστήριξη, ανάπαυλα φροντιστών κλπ)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

**Αν υπάρχουν πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις να συγκεντρωθούν.*

Κατατίθενται προς αξιολόγηση τα εξής δικαιολογητικά:

Εργαστηριακές εξετάσεις [] Ιστολογικές εξετάσεις []

Απεικονιστικές εξετάσεις [] Ενημερωτικά σημειώματα []

Συμφωνώ να παραμείνουν στο αρχείο της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ» για ένα (1) μήνα τα κατατεθειμένα δικαιολογητικά μου για τυχόν επανεξέταση []

Ημερομηνία _____

Όνοματεπώνυμο αιτούντα/Ιδιότητα/Υπογραφή