

Επείγον ☐ Όχι επείγον ☐

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»

Κατ' οίκον φροντίδα ☐Γραφεία ☐Ξενώνας Α.Φ. ☐

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς _____

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς _____ Φύλο _____

Ονοματεπώνυμο πατρός _____

Ονοματεπώνυμο μητρός _____

Οικογ. Κατάσταση _____ Τέκνα _____

Άτομα συγκατοίκησης (μένει μόνος;) _____ Επάγγελμα _____

Ασφαλιστικός Φορέας _____ ΑΜΚΑ _____

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

Τηλέφωνο Ασθενούς (σταθ) _____ (κιν) _____

Διάγνωση _____

Μεταστάσεις _____

Βρίσκεται τώρα υπό θεραπεία; ΧΜΘ ☐ ΑΚΘ ☐ ΑΝΟΣ ☐ ΟΡΜΟΝ ☐

Συμπτώματα (πόνος, δύσπνοια, έμετος, ανορεξία, κόπωση, ψυχοκοινωνικά προβλήματα κ.ά.) _____

Συνοδά Νοσήματα _____

Γενική κατάσταση: Σταθερή ☐ Ασταθής ☐ Επιδεινούμενη ☐ Τελική ☐Δραστηριότητα: Περιπατητικός ☐ Περιορισμένη κινητικότητα ☐ Κινητικότητα >12 h ☐Κινητικότητα <12 h ☐ Κλινήρης ☐ _____Επικοινωνία: Καλή ☐ Συγχυτικός ☐ Διεγερτικός ☐ Καμία επικοινωνία ☐

Ειδικά προβλήματα: _____

Κατανόηση ασθένειας: Δε γνωρίζει ☐ Γνωρίζει πρόγνωση ☐ Γνωρίζει διάγνωση ☐Γνωρίζει μερικώς διάγνωση & πρόγνωση ☐ Γνωρίζει διάγνωση & πρόγνωση ☐ Αμφιβάλλει ☐

Θεράπων Ιατρός _____ Ειδικότητα _____

Νοσοκομείο _____

Νοσηλεία/αιτία εισαγωγής (Νοσοκομείο, Ημερ. Εισαγωγής - Ημερ. Εξόδου, Αιτία) _____

Ειδικά θέματα: Στομίες (νεφροστομία, κολοστομία, τραχειοστομία, γαστροστομία), Levine, Foley, Οροί, Παρεντερική σίτιση, Port a cath, Ενδοφλέβια αγωγή, άλλο:

Όνομ/μο Φροντιστή _____ **Σχέση με ασθενή** _____

Όνομ/μο Αιτούντα _____ **Σχέση με ασθενή** _____

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) _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: _____

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 _____

Ονοματεπώνυμο αιτούντα/Ιδιότητα/Υπογραφή