

Επείγον  Όχι επείγον 

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»**

Κατ' οίκον φροντίδα Γραφεία Ξενώνας Α.Φ. 

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης Ασθενούς \_\_\_\_\_ Φύλο \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο πατρός \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο 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: \_\_\_\_\_

Επίπεδο Κινητικότητας: Πλήρως αυτόνομος  Περπατά υποβοηθούμενος Διατηρεί καθιστή θέση  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** \_\_\_\_\_

**Όνοματεπώνυμο αιτούντα/Ιδιότητα/Υπογραφή**