

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Γ.Ν. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
ΚΕΦΙΑΠ ΑΡΓΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ

ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο:..... Φύλο:..... Ηλικία:.....
Ημερομηνία γέννησης:..... Τηλέφωνο:.....
Διεύθυνση Κατοικίας:.....
Υπεύθυνος Επικοινωνίας (Όνοματ/vo & Τηλ/vo):.....
Παραπέμπων Ιατρός:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....
Νοσοκ. Μονάδα/ Ιδιώτης/ Δημ. Υπηρεσία:.....
Κοιν. Λειτουργός:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....
Ασφαλιστικός Φορέας:.....
Επάγγελμα:.....

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμος/η Αγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Τέκνα:.....(Αριθμός)

Διάγνωση:.....
.....
.....

Ημερομηνία Έναρξης Συμπτωμάτων:.....

Ατομικό Αναμνηστικό:.....
.....
.....

Κινητικά Ελλείμματα: Ήμιτληγία Παραπληγία Τετραπληγία Κανένα

Γνωστικά Ελλείμματα: (Προσανατολισμός χώρο/χρόνο, Ανοίκτη Συνδρομή, Κωματώδη κατ. κ.α.)

Ειδικό Διαιτολόγιο: NAI Αν NAI, περιγράψτε:.....

OXI Κατάποση: Με / Χωρίς διαταραχές στην στερεά τροφή

Με / Χωρίς διαταραχές στην υγρή τροφή

ΧΩΡΙΣ Προβλήματα.

Κατακλίσεις: NAI OXI

Αν NAI, συμπλήρωσε έλκη από κατακλίσεις στην :

Υπινιακή Χώρα

Ιεροκοκκυγική Χώρα

Αυτιά

Τροχαντήρες

Ωμοπλάτες

Πτέρνες

Έχει δικό του / της αναπτηρικό αμαξίδιο: NAI OXI

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

Φλεβοκαθετήρα	<input type="checkbox"/>	Τραχειοστομία	<input type="checkbox"/>
Διουνηθρικό καθετήρα	<input type="checkbox"/>	Γαστροστομία	<input type="checkbox"/>
Υπερηβικό καθετήρα	<input type="checkbox"/>	Κολοστομία	<input type="checkbox"/>
Χορήγηση 02 /Μηχάνημα	<input type="checkbox"/>		
Ρινογαστρικό καθετήρα	<input type="checkbox"/>		

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

Αρτηριακή υπέρταση	<input type="checkbox"/>	Σαικχαρώδη διαβήτη	<input type="checkbox"/>
Καρδιακή αρρυθμία	<input type="checkbox"/>	Νεφρική ανεπάρκεια	<input type="checkbox"/>
Στεφανιαία νόσο	<input type="checkbox"/>	Αναπνευστική 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:

Άδρο Πρόγραμμα Αποκατάστασης:

Φυσικοθεραπεία

Εργοθεραπεία

Λογοθεραπεία

Παρατηρήσεις:

.....

.....

(Τα υπογραμμισμένα σύμπληρωνονται από το ΚΕΦΙΑΠ)

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού: