

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Για την εισαγωγή στον  
ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ-ΠΟΙΜΑΝΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΑ ΕΚΑΤΟΝΤΑΠΥΛΙΑΝΗ  
ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ Μ.Κ.

Του/της ..... ετών.....

- 
- |  |   |
|--|---|
| 1. Είναι κατάκοιτος; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                   | Ημί-κατάκοιτος; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 2. Δύναται να κυκλοφορεί με αναπηρικό αμαξίδιο ή στηριζόμενος σε βακτηρίες περιορισμένου χρόνου;                 | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 3. Αυτοεξυπηρετείται; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Μερικώς <input type="checkbox"/> |   |
| 4. Εμφανίζει ψυχωτικές ή ψυχικές διαταραχές;   | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 5. Φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας;   | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 6. Φέρει σύνδρομο που να φθάνει μέχρι διεγέρσεων ώστε να γίνεται άτομο ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση;      | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 7. Πάσχει από επιληψία;  | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 8. Εμφανίζει δερματικές κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα;   | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 9. Πάσχει από μολυσματική νόσο, φυματίωση ή από νόσημα που χρειάζεται ειδική νοσηλεία;                           | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 10. Πάσχει από καρκίνο;  | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 11. Είναι τυφλός; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν ΝΑΙ τελείως τυφλός;              | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 12. Είναι κωφάλαλος;   | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
| 13. Εμφανίζει γεροντική εγκεφαλική ατροφία;  | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                 |
- 

Τελική διάγνωση της νόσου:.....  
.....  
.....

Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή:

Όνομασία Φαρμάκων

Συχνότητα λήψης

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Πάρος,.....20....

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ