

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