

20.9. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Όνοματεπώνυμο αιτούντος:

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Ηλικία αιτούντος :

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αρτηριακή Νόσος Κάτω Άκρων

Κλινικό Στάδιο

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

Δείκτης Πιέσεων

Ηρεμία

.....

Κόπωση

.....

Εργαστηριακές Εξετάσεις (Αγγειογραφία, TRIPLEX, Λοιπές)

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

Επέμβαση

Ενδιαγγειακή.....

.....

Ανοικτή.....

.....

Κλινικά Αποτελέσματα

Δείκτης Πιέσεων:

.....

Ηρεμία :

.....

Κόπωση :

.....

Φαρμακευτική Αγωγή

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

Όνοματεπώνυμο αιτούντος:

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Ανευρίσματα:

Τυχαιό Εύρημα:

Ρήξη :

Κλινικά Συμπτώματα

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

Εργαστηριακές Εξετάσεις (U/S, CT, Λοιπές)

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

Επέμβαση

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

Καρωτίδες:

Τυχαιό Εύρημα :

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

Κλινικά Συμπτώματα

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

Εργαστηριακές Εξετάσεις (TRIPLEX, Αγγειογραφία)

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

Επέμβαση

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

Άλλες Παθήσεις εκ των Αρτηριών:

Κλινικά Συμπτώματα

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

Όνοματεπώνυμο αιτούντος:

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Εργαστηριακές Εξετάσεις (TRIPLEX, Αγγειογραφία)

Επέμβαση

Φλεβική Νόσος:

Κλινικά Ευρήματα (κίρσοι, άτονα έλκη επουλωθέντα ή ανοικτά, λιποδερματοσκλήρυνση κ.λπ.)

Εργαστηριακές Εξετάσεις (TRIPLEX, Φλεβογραφία, Λοιπές)

Θρομβοφλεβίτις

Θρομβώσεις

Επεμβάσεις

Συμπτώματα

Όνοματεπώνυμο αιτούντος:

A.M.K.A. αιτούντος :

Νόσοι Λεμφαγγείων:

Κλινικά Ευρήματα

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

Εργαστηριακές Εξετάσεις

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

Συμπτώματα

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

Συνυπάρχουσες Παθήσεις

(όπως προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενούς. Ο αιτών οφείλει να συμπεριλάβει στον ιατρικό φάκελο που θα καταθέσει στο Κ.Ε.Π.Α. τυχόν γνωματεύσεις, ιατρικές εξετάσεις και νοσηλείες που αφορούν αυτές).

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις θα πρέπει να ενταχθούν σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1. (Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου)

1..... Κωδικός.....

2..... Κωδικός.....

3..... Κωδικός.....

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

.....

Ημερομηνία 20.....

Ο – Η Δηλ.....Ιατρός

(Υπογραφή - Σφραγίδα)