

## 20.1.Θ. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΥΡΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Όνοματεπώνυμο αιτούντος : .....

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος : .....

Έτος διάγνωσης Υπερουριχαιμίας: .....

Έτος έναρξης κρίσεων ουρικής αρθρίτιδας : .....

Συχνότητα κρίσεων/έτος : .....

Εντόπιση κρίσεων : .....

Παρουσία τόφων (περιγράψτε): .....

Νεφρική νόσος (λιθίαση, ΧΝΑ κ.λπ.) : .....

Πρόσφατη τιμή ουρικού οξέος αίματος (τιμή - ημερομηνία): .....

Αλκοόλ (μονάδες/ημέρα): .....

### **Συν-νοσηρότητες**

Σακχαρώδης διαβήτης .....

Στεφανιαία νόσος ..... Υπέρταση .....

Μεταβολικό σύνδρομο ..... Σωματικό βάρος ..... BMI .....

Κάπνισμα (ναί/όχι/πρώην).....

### **Τρέχουσα θεραπευτική αγωγή** (είδος-διάρκεια)

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

### **Προηγούμενες θεραπείες** (είδος-διάρκεια-λόγοι διακοπής)

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

Όνοματεπώνυμο αιτούντος : .....

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος : .....

**Συνυπάρχουσες Παθήσεις**

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