

## 20.1.γ. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Όνοματεπώνυμο αιτούντος : .....

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος : .....

Ημερομηνία (έτος) αρχικής διάγνωσης: .....

### Κλινική κατάσταση

(περιγράψτε μορφή και έκταση ψωριασικού εξανθήματος, επώδυνες και/ή διογκωμένες αρθρώσεις, συγκάμψεις, μόνιμες παραμορφώσεις, ονυχία, εξωαρθρικές εκδηλώσεις, ορθοπαιδικές επεμβάσεις)

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

### Εργαστηριακά

(περιγράψτε τυχόν παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα)

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

### Απλή ακτινογραφία

Διαβρώσεις : ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

### Τρέχουσα θεραπευτική αγωγή

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

Όνοματεπώνυμο αιτούντος : .....

A.M.K.A. αιτούντος : .....

**Προηγούμενες θεραπείες** (αναφέρατε τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες ή διακοπή λόγω αναποτελεσματικότητας)

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

Σωματικό βάρος: ..... BMI: ..... Κάπνισμα (ναι/ όχι/ πρώην) : .....

**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)