

Όνοματεπώνυμο αιτούντος :

Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Απεικονιστικά ευρήματα (καταγράψτε και σε ποιες αρθρώσεις)

Ακτινογραφίες :

Διαβρώσεις : ΝΑΙ (Χέρια..... Πόδια.....), ΟΧΙ

Υπερηχογράφημα:

MRI :

Τρέχουσα θεραπευτική αγωγή

DMARDS συμβατικά

Βιολογικές θεραπείες

Άλλες.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Σωματική αναπηρία:

Score JADI-A (και αν >0, από ποιά πεδία)

.....

.....

.....

Score JADI-E (και αν >0 από ποιά πεδία)

.....

.....

.....

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

Όνοματεπώνυμο αιτούντος :

A.M.K.A. 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)