

ΚΕΠΑ .....

## ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο.....

Όνομα πατέρα .....

Ημερομηνία Γέννησης.....

ΑΜ .....

ΑΜΚΑ .....

Ασφαλιστικός Φορέας .....

Ημερομηνία έναρξης της αναπηρίας .....

Ειδικότητα Προέχουσας Πάθησης : ..... Κωδ. Ειδικ.....

(Πίνακας 1)

Διεύθυνση κατοικίας του ασφαλισμένου : .....

.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας :..... Κινητό .....



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή την δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο των άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ: ΚΕΠΑ .....

Ο-Η Όνομα: ..... Επώνυμο: .....

Όνομα και Επώνυμο Πατέρα : .....

Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: .....

Ημερομηνία Γέννησης : .....

Τόπος Γέννησης: .....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: ..... Τηλ: .....

Τόπος Κατοικίας: ..... Οδός: ..... Αριθ: ..... ΤΚ: .....

Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax): ..... Δ/ση e-mail: .....

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ 6 του άρθρου 22. του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

**Προέγυσα Πάθηση**

Ιστορικό ασθενούς/παρούσα κατάσταση/φαρμακευτική αγωγή :

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

Παρακλινικές εξετάσεις που αντικειμενοποιούν την πάθηση (Πίνακας 2) :

1.....

Κωδικός.....

2.....

Κωδικός.....

3.....

Κωδικός.....

4.....

Κωδικός.....

5.....

Κωδικός.....

Αναφέρατε το ποσοστό της ακρίβειας της εξέτασης που θεωρείται η πλέον κατάλληλος για την εκτίμηση της ανατομοφυσιολογικής αναπηρίας :

Εξέταση Νο 1 2 3 4 5 Ποσοστό ..... %

(Διαγράφετε ότι δεν σας αφορά)

Ποιές από τις παραπάνω εξετάσεις διενεργήθηκαν στο ιατρείο σας ή σε ιατρείο με το οποίο συστεγάζεστε ; 1 2 3 4 5

(Διαγράφετε ότι δεν σας αφορά)

**Συνυπάρχουσες Παθήσεις** (Πίνακας 1) (Ασθένεια/Ειδικότητα/ Έτος εκδήλωσης/Κωδικός)

1.....  
.....Κωδικός.....

2.....  
.....Κωδικός.....

3.....  
.....Κωδικός.....

4.....  
.....Κωδικός.....

5.....  
.....Κωδικός.....

Παρακλινικές εξετάσεις που αντικειμενοποιούν την πάθηση (Πίνακας 2) :

1.....  
.....Κωδικός.....

2.....  
.....Κωδικός.....

3.....  
.....Κωδικός.....

4.....  
.....Κωδικός.....

5.....  
.....Κωδικός.....

Αναφέρατε το ποσοστό της ακρίβειας της εξέτασης που θεωρείται η πλέον κατάλληλος για την εκτίμηση της ανατομοφυσιολογικής αναπηρίας :

Εξέταση Νο 1 2 3 4 5 Ποσοστό ..... %

(Διαγράφετε ότι δεν σας αφορά)

Ποιές από τις παραπάνω εξετάσεις διενεργήθηκαν στο ιατρείο σας ή σε ιατρείο με το οποίο συστεγάζεστε ; 1 2 3 4 5

(Διαγράφετε ότι δεν σας αφορά)

Στοιχεία παραπέμποντος Ιατρού

Ειδικότητα :

Ιδιότητα :

ΑΜ ΤΣΑΥ :

ΑΜΚΑ:

Ιατρικός Σύλλογος:

Ημερομηνία ..... 20.....

Ο - Η Δηλ.....

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ  
ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΦΑΚΕΛΛΟΥ**

007	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ
009	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
012	ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ
017	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ
018	ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
019	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
021	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
053	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ
024	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ
027	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
033	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
028	ΩΡΑ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2  
ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΠΟΥ  
ΤΕΚΜΗΡΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ**

801	ELISA – RIA – ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ – ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
802	HOLTER
803	TRIPLEX ΑΓΕΙΩΝ
804	ΑΕΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ
805	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ – ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
806	ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ
807	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
808	ΑΞΟΝΙΚΕΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ
809	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
810	ΒΙΟΨΙΕΣ (ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ)
811	ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ
812	ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ – ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
813	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΕ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ
814	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ
815	ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ – ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ /ΚΛΙΝΙΚΩΝ
816	ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
817	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
818	ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ (MRI)
819	ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ (MRA)
820	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ
821	ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ
822	ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ
823	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
824	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
825	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
826	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
827	ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΕΣ
828	ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ
829	ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΡΓΑΝΟΥ
830	ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΣΚΕΛΕΤΟΥ
831	ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ
832	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ – TRIPLEX
833	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΡΓΑΝΟΥ-ΩΝ
834	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΔΥΝΑΜΙΚΟ (STRESS ECHO)
835	ΨΗΦΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ
836	ΩΡΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Η σωστή συμπλήρωση εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις για την ορθή επιλογή της επιτροπής στην οποία θα παραπεμφθεί ο ασθενής, αποτρέποντας έτσι την ταλαιπωρία του από τυχούσα αναβολή, συμβάλλοντας παράλληλα στην ταχύτερη και εύρυθμη λειτουργία των Κ.Ε.Π.Α.

1. Συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα τα στοιχεία του ασθενούς.
2. Συμπληρώστε την κύρια πάθηση για την οποία παραπέμπετε τον ασθενή για προσδιορισμό ποσοστού αναπηρίας (π.χ. χειρουργηθείσα στεφανιαία νόσος δυο αγγείων, απομυελινωτική νόσος, μαστεκτομή λόγω Ca κ.λ.π.) \*\*\*
3. Συμπληρώστε τον κωδικό εξέτασης επιτροπής, αφού συμβουλευτείτε τον επισυναπτόμενο Πίνακα 1 (ιατρική ειδικότητα εξέτασης φακέλου).
4. Αναφέρετε το ιστορικό του ασθενούς εν συντομία (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου το 1998, αορτοστεφανιαία παράκαμψη το 2008 ή ΑΕΕ το 2005 με συνέπεια αριστερή ημιπάρεση). Περιγράψτε τη σημερινή του κατάσταση σύμφωνα με τον πρόσφατο παρακλινικό έλεγχο και αναφέρατε τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει.
5. Αναφέρετε επιγραμματικά τις εξετάσεις, νοσηλείες κ.λ.π. στις οποίες βασίσατε την προαναφερθείσα διάγνωση και κλινική κατάσταση του ασθενούς, οι οποίες επισυνάπτονται π.χ. νοσηλεία εμφράγματος, στεφανιογραφία, δοκιμασία κοπώσεως, triplex καρδιάς. Οι εξετάσεις που χρησιμεύουν για την παρακολούθηση του ασθενούς θα πρέπει να είναι πρόσφατες. Οι εξετάσεις που δείχνουν μόνιμη βλάβη ή γίνονται μια φορά προσκομίζονται ανεξάρτητα της παλαιότητάς τους (π.χ. βιοψίες, CT εγκεφάλου επί Α.Ε.Ε. κ.λ.π.).
6. Συμπληρώστε τον κωδικό δικαιολογητικού, αφού συμβουλευτείτε τον επισυναπτόμενο Πίνακα 2 .
7. Υπογράψτε και σφραγίστε στο κάτω μέρος της σελίδας.
8. Αναφέρετε τυχόν άλλες παθήσεις από τις οποίες πάσχει ο ασθενής, βάσει αντίστοιχων ιατρικών γνωματεύσεων που θα σας προσκομίσει ο ασθενής.
9. Συμπληρώστε τον κωδικό εξέτασης ειδικότητας επιτροπής (Πίνακας 1) .
10. Συμπληρώστε με τις αντίστοιχες εξετάσεις (Πίνακας 2) .
11. Συμπληρώστε τον κωδικό εξέτασης (Πίνακας 2).
12. Συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα τα στοιχεία σας. Στη θέση ιδιότητα συμπληρώστε ιδιώτης, ιατρός ΕΣΥ ή ΕΟΠΥΥ ή άλλη θέση.
13. Σφραγίστε και υπογράψτε.
14. **Θεωρήστε το γνήσιο της υπογραφή σας.**  
(ΟΙ Ιατροί του ΕΣΥ ή Φ.Κ.Α. θεωρούν στην αντίστοιχη γραμματεία της Υπηρεσίας τους, οι Ιδιώτες από ΚΕΠ ή αστυνομία).

\*\*\* Επιλέξτε μια από τις 12 γενικές κατηγορίες ειδικότητας εξέτασης φακέλου, ανάλογα με την φύση της πάθησης και την επιβάρυνση που προκαλεί αυτή στον οργανισμό.

**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ :**

- Ένας χειρουργημένος καρκίνος του στήθους ή της μήτρας θα χαρακτηριστεί ως χειρουργικό, ένας καρκίνος ή λέμφωμα ή λευχαιμία με μεταστάσεις – ανεγχείρητος, θα χαρακτηριστεί παθολογικό περιστατικό.
- Αγγειοχειρουργικά περιστατικά θα οριστούν να εξετασθούν από χειρουργούς.
- Καρκίνοι του νεφρο-ουροποιητικού θα ορισθούν ως ουρολογικά.
- Καρκίνοι του ΩΡΛ συστήματος θα ορισθούν από την αντίστοιχη ειδικότητα.
- Ενδοκρινολογικές παθήσεις σε γενικές γραμμές θα ορισθούν για εξέταση από παθολογική επιτροπή.
- Συστηματικές ρευματολογικές παθήσεις από Ρευματολόγους, αν όμως έχουν προκαλέσει μείζονες επιπλοκές σε συγκεκριμένο σύστημα (π.χ. σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα θα μπορούσαν να εξετασθούν από ορθοπεδική επιτροπή ως πρώτη επιλογή).
- Νευροχειρουργικά περιστατικά με επιπλοκές παρέσεις, ημιπληγίες κλπ, θα ορισθούν για εξέταση από επιτροπή Νευρολόγων.
- Παθήσεις της σπονδυλικής στήλης σε γενικές γραμμές θα οριστούν να εξετασθούν από ορθοπεδικούς.
- Καρκίνος εντέρου, μη χειρουργημένος θα εξετασθεί από παθολόγους ενώ μετά από επέμβαση θα ορισθεί ως χειρουργικό περιστατικό.
- Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη θα οριστεί ως καρδιολογικό περιστατικό.