



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Προς τους
Ιατρικούς Συλλόγους της Χώρας

Αθήνα, 17/1/2019
ΑΠ: 96

Κυρία/ε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε το εξής έγγραφο:

1. Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Γεν.Δ/ση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, Δ/ση Στρατηγικού Σχεδιασμού, Τμήμα Ε.Κ.Π.Υ. & Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας, Τμήμα Σχεδιασμού Αγοράς και Παρακολούθησης Δικτύου Παροχών Π.Φ.Υ., με αριθμ.πρωτ. ΔΒ3β/Φ11/οικ.1647/15.1.2019, (ΑΠ ΠΙΣ: 89/16.1.2019), με θέμα: «Συμπλήρωση Προτύπου Ιατρικής Γνωμάτευσης Ειδικών Θεραπειών Παιδιών/Εφήβων και διευκρινίσεις επί του αρθ. 45 του νέου Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥΥ» με τη παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.

Για τον Π.Ι.Σ.

Εμμανουήλ Ηλιάκης
Προϊστάμενος Διοικ. Υπηρεσιών

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΤΜΗΜΑ: Ε.Κ.Π.Υ. & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ &
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ &
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΚΤΥΟΥ ΠΑΡΟΧΩΝ Π.Φ.Υ.**

Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 12, Μαρούσι - 151 23
Πληροφ: Α. Αντωνούδη - Π. Τζώρτζη
Τηλ.: 210-8110859/849/862/863/850
Fax: 210-8110870
E-mail: d8.t1@eopyy.gov.gr, d8.t2@eopyy.gov.gr

Μαρούσι, 15/1/2019

Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3Β/Φ11/οικ. 1647



Προς: (αποστολή μέσω e-mail)

1.ΟΛΕΣ τις Δ.Υ.ΠΕ.

(για ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων συνταγογράφων και ελεγκτών ιατρών των Δημοσίων Νοσοκομείων, Κ.Υ. & Μ.Υ. Π.Ε.Δ.Υ.)

2.Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

(για ενημέρωση των εμπλεκόμενων μελών)

Κοινοποίηση: (αποστολή μέσω e-mail)

ΟΛΕΣ τις ΠΕ.ΔΙ. ΕΟΠΥΥ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ:

ΘΕΜΑ: «Συμπλήρωση Προτύπου Ιατρικής Γνωμάτευσης Ειδικών Θεραπειών Παιδιών/Εφήβων και διευκρινίσεις επί του άρθ. 45 του νέου Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥΥ».

Σχετ.: α) Το άρθρο 45 του ισχύοντος Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥΥ (Κ.Υ.Α. ΕΑΛΕ/Γ.Π.80157/31.10.2018 - ΦΕΚ 4898/τ.β'/1.11.2018),

β) Το παράρτημα του άρθρου 45 του ισχύοντος Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥ (Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ οικ.47305/28.11.2018 - ΦΕΚ 5571/τ.β'/12.12.2018).

Σύμφωνα με τις **παραγράφους 5-12 του άρθρου 45** του πρόσφατα τροποποιημένου **Ε.Κ.Π.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**, αποζημιώνονται **Ειδικές Θεραπείες Παιδιών/Εφήβων** (λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, ειδική διαπαιδαγώγηση).

Οι θεραπείες αυτές, χορηγούνται με **Ιατρικές Γνωματεύσεις** τις οποίες πλέον θα συμπληρώνουν οι θεράποντες ιατροί (που ορίζει ο Ε.Κ.Π.Υ.) **ηλεκτρονικά, μέσω της ειδικά διαμορφωμένης στο σύστημα του e-ΔΑΠΥ, εφαρμογής-πλατφόρμας.**

Από 1/2/2019 και μέχρις ότου ολοκληρωθεί από τον Οργανισμό, η διαμόρφωση αυτής της ηλεκτρονικής εφαρμογής-πλατφόρμας, όλοι οι οριζόμενοι στον Ε.Κ.Π.Υ. θεράποντες ιατροί, οφείλουν να κατεβάζουν το συνημμένο Πρότυπο Ιατρικής Γνωμάτευσης Ειδικών Θεραπειών Παιδιών/Εφήβων και να το συμπληρώνουν σύμφωνα με τα οριζόμενα

στο άρθ. 45 του ισχύοντος Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 4898/τ.β'/1.11.2018) και του Παραρτήματός του (ΦΕΚ 5571/τ.β'/12.12.2018).

Ο αριθμός, το είδος των αναγκαίων θεραπευτικών πράξεων για κάθε κωδικό νόσου (icd-10) καθώς και οι ιατρικές ειδικότητες που γνωμοδοτούν, αποτυπώνονται αναλυτικά στο προαναφερθέν Παράρτημα του άρθ. 45 Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 5571/τ.β'/12.12.2018).

A) Οι ως άνω θεραπευτικές πράξεις (λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, ειδική διαπαιδαγώγηση), σε περιπτώσεις παιδιών και εφήβων μέχρι 18 ετών, παρέχονται μετά από γνωμάτευση που εκδίδεται-συμπληρώνεται από:

- Παιδοψυχιάτρους και κατ' εξαίρεση σε παραμεθόριες περιοχές, από ψυχίατρο ενηλίκων,
- Ιατρούς ειδικότητας νευρολογίας,
- Παιδιάτρους εξειδικευμένους στην νευρολογία,
- Παιδιάτρους με ειδική εκπαίδευση στην αναπτυξιολογία,
- Ιατρούς φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης
- Ιατρούς ειδικότητας ωτορινολαρυγγολογίας και οφθαλμολογίας σε περιπτώσεις παιδιών με αισθητηριακές διαταραχές,
- Ορθοπαιδικούς σε περιπτώσεις μετεγχειρητικών κινητικών προβλημάτων ή ως συνέπεια μαιευτικής παράλυσης.

Οι γνωματεύσεις **εκδίδονται-συμπληρώνονται από ιατρούς** κλινικής Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου ή Κέντρων Παιδοψυχικής Υγιεινής, Κέντρων Υγείας ή Κέντρα Ψυχικής Υγείας -Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα Δημόσια ή εποπτευόμενα από Δημόσιο Φορέα **ή από ιατρούς** που ασκούν ελεύθερο ιατρικό επάγγελμα, **πιστοποιημένους στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ. Μέχρι την ενεργοποίηση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας για την έκδοση ηλεκτρονικής γνωμάτευσης, οι γνωματεύσεις εκδίδονται χειρόγραφα σύμφωνα με τα ανωτέρω.**

B) Σε περιπτώσεις ασφαλισμένων άνω των δέκα οκτώ (18) ετών με σοβαρά κινητικά, νοητικά, ψυχιατρικά, ψυχολογικά προβλήματα, δύναται να παρατείνεται η χορήγηση των ανωτέρω παροχών κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης (διάρκειας μέχρι 1 έτος) **και μέχρι την ηλικία των 21 ετών,** από ιατρούς αντίστοιχης ειδικότητας Νευρολόγο και Νευροχειρουργό, εφόσον ο ασθενής έχει χειρουργηθεί, από ιατρούς ειδικότητας ωτορινολαρυγγολογίας ή οφθαλμολογίας σε περιπτώσεις παιδιών με αισθητηριακές διαταραχές, ορθοπαιδικής, ψυχιατρικής, ιατρών φυσικής ιατρικής κι αποκατάστασης, από ιατρούς των Κ.Υ., Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ή Κέντρων Ψυχικής Υγείας δημοσίου ή εποπτευόμενα από δημόσιο φορέα υγείας, μετά από έκθεση επανεκτίμησης και επιστημονικής αξιολόγησης της εξέλιξης του ασθενή και της αναγκαιότητας συνέχισης αυτών. **Μετά το εικοστό πρώτο (21) έτος ηλικίας, ισχύουν** τα προβλεπόμενα στα αντίστοιχα **άρθρα** του Κανονισμού, **39, 40, 41, 42,** που αφορούν φυσικοθεραπείες, εργοθεραπείες, λογοθεραπείες, ψυχοθεραπείες ενηλίκων.

Γ) Σε περιπτώσεις δικαιούχων **με νοσήματα που δεν περιλαμβάνονται** στο παράρτημα που αναφέρεται ανωτέρω, δύναται να υποβάλλεται από τον θεράποντα ιατρό σχετικό **αίτημα**, για καθ' υπέρβαση έγκριση θεραπειών, προς το αρμόδιο ελεγκτικό όργανο του ΕΟΠΥΥ. **Δεν θα διαβιβάζονται αιτήματα για μεγαλύτερο αριθμό θεραπειών πέραν των προβλεπομένων.**

Τέλος, για την ορθή εφαρμογή των οριζόμενων στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ και το Παράρτημα του άρθ. 45 αυτού, **επισημαίνονται τα ακόλουθα:**

1. Ο αριθμός συνεδριών ανά είδος θεραπευτικής πράξης, που αναφέρει το Παράρτημα, είναι ο **μέγιστος** χορηγούμενος ανά δικαιούχο (για το συγκεκριμένο είδος θεραπείας) και διαφοροποιείται ανάλογα με την κατηγορία νόσου (ICD10), την ηλικία του δικαιούχου, τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας και τη χρονική διάρκεια διενέργειας της θεραπευτικής πράξης.
2. Οι **ψυχοθεραπείες δεν χορηγούνται αθροιστικά**. Σύμφωνα με την παράγραφο 8 του άρθρου 45 του ΕΚΠΥ, χορηγείται ατομική ή ομαδική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία ή θεραπεία συμπεριφοράς.
3. **Χορηγούνται μέχρι τέσσερα είδη ειδικών θεραπειών μηνιαίως**, σύμφωνα με την παράγραφο 9 του άρθρου 45 του ΕΚΠΥ, **χωρίς να συνυπολογίζονται οι φυσικοθεραπείες**.
4. Οι ιατρικές γνωματεύσεις πρέπει να αναγράφουν έναν κωδικό διάγνωσης νόσου και σε καμία περίπτωση πέραν των δύο. Στις περιπτώσεις που στην **ίδια γνωμάτευση** αναγράφονται **2 διαφορετικοί κωδικοί διαγνώσεων (ICD10):**
α) εάν αφορούν το ίδιο είδος θεραπείας αλλά διαφορετικό αριθμό συνεδριών δύναται να χορηγηθεί **ο μέγιστος αριθμός συνεδριών για το συγκεκριμένο είδος θεραπείας, β)** εάν αφορούν διαφορετικό είδος θεραπειών δύναται να χορηγηθεί ο προβλεπόμενος για το κάθε είδος αριθμός συνεδριών.



Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

α/α

Π. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφείο Προέδρου
2. Γραφείο Αντιπροέδρου
3. Γραφείο Γεν. Δ/ντή

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ (άρθ. 45 Ε.Κ.Π.Υ. ΕΟΠΥΥ)

Στοιχεία ασφαλισμένου/ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο:.....

Ασφ/κός Φορέας:.....

ΑΜΚΑ:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο:

Στοιχεία θεράποντος ιατρού:

Όνοματεπώνυμο:

ΑΜΚΑ:

Ειδικότητα:

Δομή:

Τηλέφωνο:

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος _____ αφού εξέτασα και έλαβα

υπόψη το ιστορικό του ασθενούς _____,

ηλικίας _____, διαπίστωσα ότι πάσχει από _____

(διάγνωση κατά ICD10)

ΣΧΟΛΙΑ: _____

ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ή ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΡΧΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ____/____/____ (επί συνέχισης θεραπείας)

και ως εκ τούτου συστήνεται η κάτωθι θεραπεία:

ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ
Λογοθεραπεία		
Εργοθεραπεία		
Ειδική Διαπαιδαγώγηση		
Ατομική Ψυχοθεραπεία από Ψυχίατρο ή Παιδοψυχίατρο		
Ομαδική Ψυχοθεραπεία από Ψυχίατρο ή Παιδοψυχίατρο		
Ατομική Ψυχοθεραπεία από Ψυχολόγο		
Ομαδική Ψυχοθεραπεία από Ψυχολόγο		
Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία		
Θεραπεία Συμπεριφοράς		

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΙΓΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ Ή ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ
Φυσικοθεραπεία		
Φυσικοθεραπεία κατ' οίκον		

Για διάστημα _____ (συνολική διάρκεια θεραπείας σε μήνες) από _____ (ημερ/νία έναρξης) έως _____ (ημερ/νία λήξης).

Ημερομηνία

Υπογραφή & Σφραγίδα (θεράπωντος ιατρού)

____/____/20

1. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΚΥΗΣΗ:

37-40 βδ. 33-36 βδ <33βδ

Μονή Δίδυμη Πολύδυμη

Εξωσωματική ΝΑΙ ΟΧΙ

ΒΑΡΟΣ ΚΥΗΣΗΣ: > 2499gr 1500-2499gr <1499gr <1000gr

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ:

ΝΟΣΗΛΕΙΑ σε Μ.Ε.Ν.Ν. ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ προσδιορίστε τη διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες) _____

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΠΑΤΕΡΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΜΗΤΕΡΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΔΕΛΦΟΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΔΕΡΦΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΛΟΙΠΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΝΑΙ (προσδιορίστε ποιός) _____

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΒΑΡΟΣ _____ <3^η ΕΘ 10^Η -75^Η ΕΘ >75^Η ΕΘ

ΥΨΟΣ _____ <3^η ΕΘ 10^Η -75^Η ΕΘ >75^Η ΕΘ

Περ. Κεφ. _____ <3^η ΕΘ 10^Η -75^Η ΕΘ >75^Η ΕΘ

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ:

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Εξωπυραμιδικός τρόμος

Βραδυκίνησια

Δυσκίνησια

Χορεία/Αθέτωση

Δυστονία

ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΠΑΡΕΣΗ **ΧΑΛΑΡΗ ΠΑΡΕΣΗ**

ΜΟΝΟΠΑΡΕΣΗ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΑΡ ΔΕ

ΜΟΝΟΠΛΗΓΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΑΡ ΔΕ

ΜΟΝΟΠΑΡΕΣΗ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΑΡ ΔΕ

ΜΟΝΟΠΛΗΓΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΑΡ ΔΕ

ΗΜΙΠΑΡΕΣΗ ΑΡ ΔΕ

ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ ΑΡ ΔΕ

ΠΑΡΑΠΑΡΕΣΗ

ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ

ΠΑΡΕΣΗ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ ΑΜΦΩ

ΔΙΠΛΗΓΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

ΤΕΤΡΑΠΑΡΕΣΗ

ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ

ΑΔΡΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

Περιγραφή επί παθολογικής _____

ΛΕΠΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

Περιγραφή επί παθολογικής _____

ΑΝΤΙΓΡΑΦΕΙ ΣΧΗΜΑΤΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΛΑΒΗ ΜΟΛΥΒΙΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

Περιγραφή επί παθολογικής _____

ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ:

ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΑΝΟΡΘΩΣΗ ΑΠΟ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝΟΡΘΩΣΗ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ - ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝΟΡΘΩΣΗ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ - ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ/ΒΟΗΘΗΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝΟΡΘΩΣΗ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ - ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΕΝ ΟΡΘΟΣΤΑΤΕΙ ΝΑΙ ΟΧΙ

- ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΕΓΕΡΣΗ ΑΠΌ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΣΕ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ
- ΕΙΝΑΙ ΑΔΥΝΑΤΗ Η ΕΓΕΡΣΗ ΑΠΌ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΣΕ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ:

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΕ ΚΛΕΙΣΤΑ ΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΗ ΒΑΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΣΕ ΑΣΚΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΕ ΚΛΕΙΣΤΑ ΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΗ ΒΑΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΣΕ ΑΣΚΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΟΝΟ ΜΕ ΑΝΟΙΧΤΑ ΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΗ ΒΑΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΟΝΟ ΜΕ ΑΝΟΙΧΤΑ ΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΕΥΡΕΙΑ ΒΑΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΜΟΝΟ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΠΩΛΕΙΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΒΑΔΙΣΗ: ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ <15 ΜΗΝΩΝ >15 ΜΗΝΩΝ

Εάν >15 ΜΗΝΩΝ προσδιορίστε πότε _____

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΣΤΟ ΕΝΑ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 5 SEC <48 ΜΗΝΩΝ >48ΜΗΝΩΝ

ΒΑΔΙΖΕΙ ΑΥΤΟΝΟΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΒΑΔΙΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΛΙΓΑ ΒΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΛΙΓΑ ΒΗΜΑΤΑ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΕΝ ΒΑΔΙΖΕΙ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΤΥΠΟΣ ΒΑΔΙΣΗΣ:

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΠΑΣΤΙΚΟ ΒΑΔΙΣΜΑ (ΨΑΛΛΙΔΙΣΜΟΣ) ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΡΕΠΑΝΩΤΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΤΑΞΙΚΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΠΑΣΤΙΚΟΑΤΑΞΙΚΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΒΑΔΙΣΜΑ ΣΕ ΧΟΡΕΙΑ-ΑΘΕΤΩΣΗ-ΔΥΣΤΟΝΙΑ) ΝΑΙ ΟΧΙ

ΝΗΣΣΕΙΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΚΑΛΠΑΣΤΙΚΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΧΑΛΑΡΟ ΠΑΡΕΤΙΚΟ ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΜΕΤΩΠΙΑΙΟ (ΑΠΡΑΚΤΙΚΟ) ΒΑΔΙΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΛΛΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΒΑΔΙΣΗΣ ΜΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ:

ΒΛΕΜΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΕΙΧΝΕΙ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΕΣ- ΕΜΜΟΝΕΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ ΚΑΛΕΣΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΟΜΙΛΙΑ:

ΕΧΕΙ ΛΟΓΟ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΛΕΞΗΣ ΜΕ ΝΟΗΜΑ <18 ΜΗΝΩΝ >18ΜΗΝΩΝ

2-3 ΛΕΞΕΙΣ ΜΕ ΝΟΗΜΑ <20 ΜΗΝΩΝ >20ΜΗΝΩΝ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΕ > 3-4 ΛΕΞΕΙΣ < 28ΜΗΝΩΝ >28 ΜΗΝΩΝ

ΚΑΘΑΡΗ ΑΡΘΡΩΣΗ <36 ΜΗΝΩΝ >36 ΜΗΝΩΝ

ΑΡΘΡΩΤΙΚΑ-ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΑΙ προσδιορίστε _____

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:

ΧΩΡΙΣ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

(Κατάταξη ατόμου με νοητική υστέρηση με βάση το δείκτη νοημοσύνης κατά DSM-IV)

ΟΡΙΑΚΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ με ΔΝ (70-80)

ΗΠΙΑ ή ΕΛΑΦΡΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ με ΔΝ (50-55 έως 70)

ΜΕΤΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ με ΔΝ (35-40 έως 50-55)

ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ με ΔΝ (20-25 έως 35-40)

ΒΑΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ με ΔΝ (<20ή25)

ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ (ισχυρή υπόθεση ύπαρξης υστέρησης, αλλά η νοημοσύνη δεν δύναται να μετρηθεί)

ΑΚΟΥΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΑΚΟΟΓΡΑΜΜΑ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

Περιγραφή επί παθολογικής _____

ΚΩΦΩΣΗ

ΜΕΡΙΚΗ ΟΛΙΚΗ

ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΗ προσδιορίστε ηλικία εμφάνισης _____

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

Περιγραφή επί παθολογικής _____

ΤΥΦΛΟΤΗΤΑ

ΜΕΡΙΚΗ ΟΛΙΚΗ

ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΗ προσδιορίστε ηλικία εμφάνισης _____

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Περιγραφή επί συμπτωματολογίας _____

(Ελεύθερο κείμενο: συμπτώματα και σοβαρότητα αυτών, διαταραχές συμπεριφοράς σε τομείς της καθημερινής ζωής π.χ. σχολείο, σπίτι, διαπροσωπικές σχέσεις κ.α., λειτουργική έκπτωση).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ προσδιορίσετε το φάρμακο _____

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ _____

Ημερομηνία

Υπογραφή & Σφραγίδα (θεράπωντος ιατρού)

___/___/20