



**ΑΝΑΦΟΡΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ (ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΥ)  
ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

(Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό ατόμου που έχει παραπεμφθεί για αξιολόγηση αναπηρίας. Σε περίπτωση που το άτομο παρακολουθείται από περισσότερους από έναν θεράποντες ιατρούς οι οποίοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την αναπηρία του, το έντυπο αυτό θα πρέπει να συμπληρωθεί και από αυτούς. Σε περίπτωση που το άτομο δεν παρακολουθείται σε συνεχή βάση από θεράποντα ιατρό το έντυπο μπορεί να συμπληρωθεί από ιατρό με ειδικότητα άμεσα συσχετισμένη με την αναπηρία του ατόμου.)

**Στοιχεία ατόμου**

Όνοματεπώνυμο

Αρ. Δελτ. Ταυτότητας  Ημερομηνία Γέννησης

**Στοιχεία θεράποντος ή γνωματεύοντος ιατρού**

Όνοματεπώνυμο

Ειδικότητα  Α.Μ. Ιατρών Κύπρου

Εργαζόμενος στο Δημόσιο  Ιδιώτης  Διεύθυνση

Τηλέφωνο  FAX  e-mail

Ημερομηνία πρώτης εξέτασης από τον ιατρό   /  /  

**ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ παρόντων κύριων προβλημάτων υγείας.**

(Συμπληρώστε και τους κωδικούς ICD-10 εάν αυτό είναι δυνατόν, προαιρετικά. Αρχίστε από το πιο σημαντικό νόσημα, δηλαδή εκείνο που του προκαλεί τη μεγαλύτερη δυσλειτουργία και καταγράψτε στη συνέχεια τα λιγότερο σημαντικά.)

\_\_\_\_\_ Έναρξη από: \_\_\_\_\_ Κωδικός ICD: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Έναρξη από: \_\_\_\_\_ Κωδικός ICD: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Έναρξη από: \_\_\_\_\_ Κωδικός ICD: \_\_\_\_\_

Φαρμακευτική Αγωγή	Δοσολογία	Έναρξη από

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ / ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (κατά τον τελευταίο χρόνο πριν την αξιολόγηση):**

Τονίζεται ότι η εξέταση της οπτικής οξύτητας πρέπει να είναι πρόσφατη και εντός του τελευταίου χρόνου και ότι ο αξιολογούμενος θα πρέπει να φέρει μαζί του κατά την αξιολόγηση διορθωτικά γυαλιά με αυτή ακριβώς την διόρθωση:

<b>Απαιτούμενες εξετάσεις (να επισυναφθούν)</b>	<b>Ημερομηνία</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Οπτική οξύτητα χωρίς διόρθωση:		ΔΟ: ΑΟ:
Διόρθωση:		ΔΟ: ΑΟ:
Οπτική οξύτητα με μέγιστη δυνατή διόρθωση:		ΔΟ: ΑΟ:
Ενδοφθάλμια πίεση:		ΔΟ: ΑΟ:
Οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) (υποχρεωτική για παθήσεις οπτικών νεύρων και παθήσεις αμφιβληστροειδούς και χοριοειδούς χιτώνα)		
Τοπογραφία κερατοειδούς (υποχρεωτική για παθήσεις κερατοειδούς)		
<b>Προαιρετικές εξετάσεις</b>		
Αγγειογραφία (προαιρετική για παθήσεις αμφιβληστροειδούς και χοριοειδούς χιτώνα)		
Άλλες εξετάσεις (αν υπάρχουν)		

**ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

(Δώστε ένα σύντομο ιστορικό των προβλημάτων υγείας του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων για τα οποία νοσηλεύθηκε πρόσφατα σε κλινική/ νοσοκομείο. Αναφέρετε με χρονολογική σειρά τα νοσήματα από τα οποία υποφέρει και τα οποία είναι σε γνώση σας, ανεξάρτητα αν εμπíπτουν στην ειδικότητά σας ή όχι, όπως και το ιστορικό νοσηλείων του σε νοσοκομεία. Η περιγραφή σας πρέπει να περιλαμβάνει επίσης στοιχεία για τη νοσηλεία του ατόμου και την πορεία της υγείας του, όπως και την παρακολούθησή του ως εξωτερικού επισκέπτη.)

Βεβαιώνεται η ακρίβεια των ανωτέρω αναγραφόμενων στοιχείων τα οποία υποβάλλονται προς το Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες.

<b>Υπογραφή, ονοματεπώνυμο και σφραγίδα του θεράποντος ιατρού</b>

<b>Ημερομηνία</b>