

# ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ & ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ημερομηνία: ..... /..... /..... Κωδικός: .....

Τηλέφωνο: ..... (σταθερό) ..... (κινητό)

Ημερομηνία γέννησης: ..... Ηλικία: ..... ετών Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Τόπος διαμονής: ..... Εθνικότητα: .....

Επάγγελμα - θέση: δημόσιος/α υπάλληλος  ιδιωτικός/ή υπάλληλος  ελεύθερος/η επαγγελματίας   
συνταξιούχος  οικιακά  φοιτητής/τρια  άνεργος  Προσδιορίστε: .....

Συνολικά έτη σπουδών: ..... (Αθροίστε τα έτη σπουδών στο δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, Τεχνική σχολή, ΑΕΙ/ΤΕΙ, καθώς και για μεταπτυχιακές, διδακτορικές και μεταδιδακτορικές σπουδές)

Οικογενειακή κατάσταση: διαμένω μόνος/η  συμβίωση με σύντροφο  τέκνα: ... συμβίωση με τέκνα

Ατομικό ετήσιο εισόδημα: < 10.000 €  10.000 - 20.000 €  21.000 - 30.000 €   
31.000 - 40.000 €  41.000 - 50.000 €  > 50.000 €

Ύψος: ..... m Βάρος: ..... kg Περιφέρεια μέσης: ..... cm

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης 1 Συστολική ..... mmHg Διαστολική ..... mmHg Σφυγμός .....

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης 2 Συστολική ..... mmHg Διαστολική ..... mmHg Σφυγμός .....

Καπνίζετε; Ναι  Όχι  Πρώην καπνιστής  Αν ναι, τσιγάρα/ημέρα: ..... έτη καπνίσματος: .....

Ιατρικό ιστορικό

Υπέρταση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Δυσλιπιδαιμία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Διαβήτης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Καρδιαγγειακά	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καρκίνος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Νεφρική νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Αναπν. νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ψυχιατρική νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ηπατική νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Χρόνια φλεγμ. νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Νοσηλεία ή χειρουργείο	.....		Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Άλλο	.....		

Οικογενειακό Ιστορικό

Υπέρταση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Δυσλιπιδαιμία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Διαβήτης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Καρδιαγγειακά	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καρκίνος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Νεφρική νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Αναπν. νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ψυχιατρική νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ηπατική νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Χρόνια φλεγμ. νόσος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Άλλο	.....		

Φαρμακευτική αγωγή

Υπολιπιδαιμικά	<input type="checkbox"/>	Αντιϋπερτασικά	<input type="checkbox"/>	Αντικαταθλιπτικά	<input type="checkbox"/>		
Αγγολυτικά	<input type="checkbox"/>	Αντιδιαβητικά	<input type="checkbox"/>	T3/T4	<input type="checkbox"/>	Κορτιζόλη	<input type="checkbox"/>
Άλλο	.....						

Για τις γυναίκες

Προ-εμμηνοπαυσιακή	<input type="checkbox"/>	Περι-εμμηνοπαυσιακή	<input type="checkbox"/>
Εμμηνοπαυσιακή	<input type="checkbox"/>	Ηλικία κατά την εμμηνόπαυση:.....	
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	