

**Συγκατάθεση**  Γραπτή / προφορική  Απορρίφθηκε Ημερομηνία εισαγωγής

Ο διαμένων συμμετείχε τον τελευταίο χρόνο;  Ναι  Όχι Φύλο  Άρρεν  Θήλυ

Αριθμός διαμένοντος    Ύψος (m)

Όνομα (2 αρχικά)   Παρόν σωματικό βάρος (kg)

Επώνυμο (2 αρχικά)   Σωματικό βάρος (kg) πριν 3 μήνες

Έτος γέννησης (ΕΕΕΕ)     Σωματικό βάρος (kg) πριν 1 χρόνο

**Χρόνος που απαιτείται για τη βασική φροντίδα**  Ναι  Σε κίνδυνο  Όχι

Δεν χρειάζεται φροντίδα  < 45 λεπτά / μέρα  120 - 239 λεπτά / μέρα  > 240 λεπτά / μέρα

**Δυσθρεψία**  Ναι  Σε κίνδυνο  Όχι

**Αφυδάτωση**  Ναι  Όχι

**Δυσφαγία**  Ναι  Όχι

**Κινητικότητα**  Ναι  Όχι

Καθλωμένος/η στο κρεβάτι ή στην καρέκλα  Προβλήματα κατά τη κατάποση  Ναι  Όχι

Μπορεί να σηκώνεται από το κρεβάτι / καρέκλα, αλλά δεν μπορεί να βγει έξω από τη μονάδα  Διατροφή από το στόμα  Ναι  Όχι

Βγαίνει εκτός της μονάδας  Αν ναι: Πολτοποιημένη διατροφή  Ναι  Όχι

Εμπλουτισμένη διατροφή  Ναι  Όχι

**Μπορεί να εκφράσει τον εαυτό του προφορικά και/ή μη-προφορικά**  Ναι  Όχι

**Διατροφικά συμπληρώματα εκ του στόματος (π.χ. ρόφημα)**  Ναι  Όχι

**Γνωστική Κατάσταση**  Ναι  Όχι

Σοβαρή άνοια  Σωλήνας σίτισης  Ναι  Όχι

Ήπια άνοια  Δεν έχει άνοια  Παρεντερική διατροφή  Ναι  Όχι

**Κατάθλιψη**  Ναι  Όχι

Σοβαρή κατάθλιψη  Έγχυση υγρών  Ναι  Όχι

Ήπια κατάθλιψη  Δεν έχει κατάθλιψη

**Ελαττώθηκε η διατροφική πρόσληψη τους προηγούμενους 3 μήνες εξαιτίας της όρεξης, προβλημάτων πέψης ή λόγω δυσκολιών στην κατάποση;**

**Διάγνωση που προκάλεσε τη φροντίδα (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

Σοβαρή μείωση  Μέτρια μείωση  Καμία μείωση

Καρκίνος  Πόσο έφαγε την τελευταία εβδομάδα?  Περισσότερο από το συνηθισμένο

Εγκέφαλος, Νεύρα: π.χ. άνια, έμφραγμα, σκλήρυνση κατά πλάκας, Μ. Parkinson  Όπως συνήθως

Σκελετός / Οστά / Μύες  Λίγο λιγότερο από το συνηθισμένο

Καρδιά, Κυκλοφορία, Πνεύμονες: π.χ. ΜI, καρδιακή ανεπάρκεια, ΧΑΠ  Πολύ λιγότερο από το συνηθισμένο

Others  Τίποτα

**Οξεία νόσος ή ψυχολογικό στρες τους τελευταίους 3 μήνες;**  Ναι  Όχι

**Θα σας ξάφνιαζε αν ο διαμένων πέθαινε τους επόμενους...**

... 6 μήνες;  Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω  Τίποτα λόγω σωλήνα σίτισης / παρεντερικής διατροφής

... 4 εβδομάδες;  Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω  Δεν γνωρίζω

**Αριθμός φαρμάκων/ημέρα**

**Παρακαλώ επιλέξτε πόσο έφαγε ο διαμένων για το μεσημεριανό του**

3/4 ή όλο  Τίποτα λόγω σωλήνα σίτισης / παρεντερικής διατροφής

1/2  Δεν γνωρίζω

1/4

Τίποτα

**Ο διαμένων χρειάζεται βοήθεια για να φάει το φαγητό του;**  Ναι  Όχι

Ευχαριστούμε.