

TDR

Patient's details

Στοιχεία ασθενή

Name

Όνομα

Address

Διεύθυνση

Country
Χώρα

Date of birth

Ημερομηνία γέννησης

 Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Customer Centrelink Reference Number

Αριθμός Μητρώου Πελάτη Centrelink

 - - -

Instructions for the patient / Οδηγίες για τον/την ασθενή

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.

Αυτή η έκθεση θα χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει να κριθεί κατά πόσον ικανοποιείτε τις ιατρικές προϋποθέσεις για Αυστραλιανή Υποστηρικτική Σύνταξη Αναπηρίας. Χρησιμοποιείτε αυτήν τη φόρμα για ιατρική αξιολόγηση μόνο αν βρίσκεστε εκτός Αυστραλίας.

What you should do

Τι θα πρέπει να κάνετε

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Θα πρέπει να δώσετε αυτή την έκθεση στον θεράποντα ιατρό σας. Παρακαλείστε να πληροφορήσετε τον γιατρό σας κατά το χρόνο που θα κλείσετε το ραντεβού ότι χρειάζεστε τη συμπλήρωση αυτής της έκθεσης για να αξιολογηθεί το δικαίωμά σας για Αυστραλιανή Υποστηρικτική Σύνταξη Αναπηρίας. Εσείς είστε υπεύθυνος/η για οποιοδήποτε κόστος σχετικό με την εξασφάλιση αυτής της έκθεσης.

Θα πρέπει να πάρετε πίσω αυτή την έκθεση από τον γιατρό σας και να την επιστρέψετε στις International Services στην Αυστραλία, εκτός αν την επιστρέψει ο γιατρός σας για λογαριασμό σας.

Continued ►
Συνέχεια



CLK0AUS109GR 2011

Privacy and your personal information

Απόρρητο και προσωπικές πληροφορίες

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Το απόρρητο και η ασφάλεια των προσωπικών σας στοιχείων είναι σημαντικά για εμάς, και προστατεύονται από τον νόμο. Η συλλογή των πληροφοριών αυτή είναι απαραίτητη ώστε να μπορούμε να επεξεργαζόμαστε και να διαχειριζόμαστε τις αιτήσεις και τις πληρωμές σας, και να σας παρέχουμε υπηρεσίες. Μοιραζόμαστε τις πληροφορίες σας με άλλα μέρη μόνο εφόσον έχετε συμφωνήσει, ή όπου ο νόμος το επιτρέπει ή το απαιτεί. Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε τη διεύθυνση servicesaustralia.gov.au/privacy

Authority to release information

Εξουσιοδότηση για παροχή πληροφοριών

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Εξουσιοδοτώ το Services Australia ή/και τον ιατρικό αξιολογητή να λάβουν τυχόν ιατρικές πληροφορίες που είναι αναγκαίες προκειμένου να αποφασιστεί εάν δικαιούμαι σύνταξη – από τους γιατρούς μου, άλλους επαγγελματίες υγείας και δημόσια ή ιδιωτικά ιδρύματα υγείας, τα οποία έχω επισκεφθεί.
- Εξουσιοδοτώ το Services Australia ή/και τον ιατρικό αξιολογητή να λάβουν τυχόν πληροφορίες που είναι αναγκαίες προκειμένου να αποφασιστεί εάν δικαιούμαι σύνταξη από δημόσια ή ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα, στα οποία έχω φοιτήσει ή φοιτώ.
- Συναινώ στην κοινοποίηση από το Services Australia τυχόν σχετικών πληροφοριών που περιλαμβάνονται στην παρούσα έκθεση σε παροχείς υπηρεσιών, στους οποίους ενδέχεται να παραπεμφθώ από το Services Australia.
- Συναινώ σε κάθε απόφαση του Services Australia να με παραπέμψει για περαιτέρω αναγκαία αξιολόγηση βάσει των συστάσεων του ιατρικού αξιολογητή.

Patients signature
Υπογραφή ασθενή



Date
Ημερομηνία

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Οδηγίες για τον γιατρό

Σχετικά με αυτή την έκθεση

Αυτή η έκθεση θα χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει να κριθεί κατά πόσον ο/η ασθενής σας πληροί τις ιατρικές προϋποθέσεις για αυστραλιανή Σύμβαση Στήριξης Αναπηρίας.

Πληρωμή για την έκθεσή σας

Έχουμε ζητήσει από τον/την ασθενή σας να σας πληροφορήσει κατά το χρόνο που θα κλείσει το ραντεβού του/της ότι χρειάζεται να του/της συμπληρώσετε αυτή την έκθεση. Αυτό γίνεται για να εξασφαλιστεί ότι έχετε επαρκή χρόνο για την εξέταση. Ο/Η ασθενής σας έχει ενημερωθεί ότι είναι υπεύθυνος/η για οποιοδήποτε κόστος σχετικά με την εξασφάλιση αυτής της έκθεσης.

Συμπλήρωση αυτής της έκθεσης

Σε αυτή την έκθεση θα σας ζητηθεί να παράσχετε κλινικές πληροφορίες των ιατρικών παθήσεων του/της ασθενή. Παρακαλείστε να συμπληρώσετε όλα τα απαραίτητα τμήματα του εντύπου.

Η αναπηρία του/της ασθενή σας πρέπει να αξιολογηθεί όταν το άτομο χρησιμοποιεί ή φορά τυχόν βοηθήματα, εξοπλισμό ή υποβοηθητική τεχνολογία που διαθέτει ή χρησιμοποιεί συνήθως (π.χ. βοηθήματα ακοής, γυαλιά, φακοί επαφής ή προσθετικά μέλη).

Επιστροφή της έκθεσης σε εμάς

Παρακαλείστε να επιστρέψετε αυτή την έκθεση και οποιαδήποτε συνημμένα έγγραφα το συντομότερο δυνατό κατευθείαν σε εμάς ή, αν προτιμάτε, μπορείτε να δώσετε την έκθεση και οποιαδήποτε συνημμένα έγγραφα στον/στην ασθενή σας για να τα επιστρέψει σε εμάς.

Σχετικά με τις πληροφορίες που μας δίνετε

Απόρρητο πληροφοριών

Οι προσωπικές πληροφορίες που παρέχονται σε εσάς για τους σκοπούς της παρούσας έκθεσης πρέπει να τηρούνται απόρρητες σύμφωνα με την παράγραφο 202 του *Νόμου περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Διαχείριση) του 1999*. Δεν πρέπει να αποκαλύπτονται σε κανέναν άλλον εκτός αν υπάρχει νόμιμη εξουσιοδότηση.

Ισχύουν κυρώσεις για αδικήματα εναντίον της παραγράφου 202 του *Νόμου περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Διαχείριση) του 1999*.

Αποκάλυψη πληροφοριών

Ο *Νόμος Freedom of Information Act 1982* προβλέπει την αποκάλυψη ιατρικών ή ψυχιατρικών πληροφοριών απευθείας στον άμεσα ενδιαφερόμενο. Αν υπάρχουν οποιοσδήποτε πληροφορίες οι οποίες, αν παρασχεθούν στον/στην ασθενή σας, ενδέχεται να βλάψουν τη σωματική ή ψυχική του/της ευεξία, το Services Australia μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας. Παρακαλείστε να υποδείξετε στο ΜΕΡΟΣ θ αν επιθυμείτε να επικοινωνήσει μαζί σας το Services Australia. Παρόμοια, παρακαλείστε να καθορίσετε οποιοσδήποτε άλλες ειδικές περιστάσεις που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Απόρρητο και προσωπικά στοιχεία

Το απόρρητο και η ασφάλεια των προσωπικών σας στοιχείων είναι σημαντικά για εμάς, και προστατεύονται από τον νόμο. Συλλέγουμε τις πληροφορίες αυτές για να σας παρέχουμε πληρωμές και υπηρεσίες. Μοιραζόμαστε τις πληροφορίες σας με άλλα μέρη μόνο εφόσον έχετε συμφωνήσει, ή όπου ο νόμος το επιτρέπει ή το απαιτεί. Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε τη διεύθυνση servicesaustralia.gov.au/privacy **servicesaustralia.gov.au/privacy**

PART A – Cardiovascular, respiratory and other conditions impacting physical exertion or stamina

ΜΕΡΟΣ Α – Καρδιαγγειακές, αναπνευστικές και άλλες παθήσεις που επηρεάζουν τη σωματική προσπάθεια ή την αντοχή

PART A should be completed for conditions impacting physical exertion or stamina including but not limited to: cardiac failure, cardiomyopathy, ischaemic heart disease, chronic obstructive airways/pulmonary disease, asbestosis, mesothelioma, lung cancer, chronic pain which impacts physical exertion or stamina, end stage organ failure, widespread/metastatic cancer and chronic fatigue syndrome.

Το ΜΕΡΟΣ Α πρέπει να συμπληρωθεί για παθήσεις που επηρεάζουν τη σωματική προσπάθεια ή την αντοχή, συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων των παρακάτω: καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιομυοπάθεια, ισχαιμική καρδιοπάθεια, χρόνια αποφρακτική νόσος αεραγωγών/πνευμονοπάθεια, αμιάντωση, μεσοθηλώμα, καρκίνος του πνεύμονα, χρόνιος πόνος που επηρεάζει τη σωματική προσπάθεια ή την αντοχή, ανεπάρκεια οργάνου τελικού σταδίου, εκτεταμένος/μεταστατικός καρκίνος και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

- 1** Does the patient have a cardiovascular, respiratory or other condition impacting physical exertion or stamina?
Έχει ο/η ασθενής μια καρδιαγγειακή, αναπνευστική ή άλλη πάθηση που επηρεάζει τη σωματική προσπάθεια ή την αντοχή;
- No ➤ **Go to PART B**
Όχι **Μεταβείτε στο ΜΕΡΟΣ Β**
- Yes ➤ Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Οδηγίες για τον γιατρό

Αν ο/η ασθενής έχει περισσότερες από μία παθήσεις αυτού του τύπου, αναφέρετε εδώ λεπτομέρειες για την πάθηση που έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στη λειτουργική ικανότητα. Λεπτομέρειες για άλλες παθήσεις μπορείτε να δώσετε στο ΜΕΡΟΣ ΣΤ.

Δώστε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις με βάση την κλινική αξιολόγηση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και διερευνήσεων, καθώς και τις τρέχουσες επιστημονικές γνώσεις.

Τα συμπτώματα που αναφέρει μόνο το ίδιο το άτομο δεν επαρκούν.



Attach

- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
- copies of relevant test and investigation results (e.g. lung function tests, blood tests, exercise tolerance tests, ECG – reports only), if available.

Επισυνάψτε:

- μια έκθεση του γιατρού ή του ειδικού γιατρού που συνήθως παρακολουθεί αυτή την πάθηση (αν δεν είστε εσείς), και
- αντίγραφα των αποτελεσμάτων των σχετικών εξετάσεων και διερευνήσεων (π.χ. των εξετάσεων πνευμονικής λειτουργίας, των αιματολογικών εξετάσεων, των τεστ κοπώσεως, των ΗΚΓ – μόνο εκθέσεις), αν υπάρχουν.

Diagnosis / Διάγνωση

- 2** What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
Ποια είναι η διάγνωση;
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. συμπεριλάβετε τον κωδικό Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων ή/και το στάδιο κατά περίπτωση).

3 The diagnosis is:
Η διάγνωση είναι:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Επιβεβαιωμένη Ποιος επιβεβαίωσε τη διάγνωση;

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Πιθανολογούμενη Έχουν προγραμματιστεί περαιτέρω διερευνήσεις/αξιολογήσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης;

No

Όχι

Yes

Ναι

4 What was the date of diagnosis?

Ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης;

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

5 What was the date of onset of symptoms (if known)?

Ποια ήταν η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων (αν είναι γνωστό);

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

6 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Ποια είναι η πρόγνωση για την πάθηση αυτή;

Δώστε ένα χρονικό πλαίσιο, αν υπάρχει.

Treatment / Θεραπεία

7 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Ποια θεραπεία χορηγείται αυτή τη στιγμή για την πάθηση (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου); Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

8 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Πόσο αποτελεσματική είναι η τρέχουσα θεραπεία;
Περιγράψτε την ανταπόκριση στη θεραπεία και το βαθμό ελέγχου των συμπτωμάτων.

9 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Περιγράψτε τυχόν παρενέργειες της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητάς τους.

10 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Ποια θεραπεία χορηγήθηκε στο παρελθόν (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

11 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Φορά ή χρησιμοποιεί ο/η ασθενής βοηθήματα, εξοπλισμό ή υποβοηθητική τεχνολογία για την πάθηση;

No **Go to next question**
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*

Yes **Give details below**
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

12 Is any future treatment planned for this condition?
Έχει προγραμματιστεί κάποια μελλοντική θεραπεία για την πάθηση;

No ► **Go to 14**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 14**

Yes ► Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

13 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη της μελλοντικής θεραπείας; Περιγράψτε αναλυτικά τη βελτίωση των συμπτωμάτων ΚΑΙ της λειτουργικής ικανότητας.

14 Indicate compliance with recommended treatment:
Αναφέρετε το βαθμό συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Μεγάλη συμμόρφωση Τακτική συμμόρφωση Σπάνια συμμόρφωση Αβέβαιο

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Αναφέρετε αναλυτικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στην αξιολόγηση ή τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας και επηρεάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης.

Current symptoms / Τρέχοντα συμπτώματα

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Επί του παρόντος, ποια συμπτώματα επιμένουν **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία; Να είστε συγκεκριμένοι και να συμπεριλάβετε τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

- 16** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Στοιχεία για το πώς επηρεάζει σήμερα η πάθηση τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία:
- A** Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
Μπορεί ο/η ασθενής να εκτελέσει έντονες σωματικές εργασίες στο σπίτι και το ευρύτερο περιβάλλον του χωρίς δυσκολία; No Όχι Yes Ναι
- B** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
Μπορεί ο/η ασθενής να περπατήσει (ή να κινηθεί αυτόνομα σε αναπηρικό καροτσάκι) μέχρι τις τοπικές υπηρεσίες; No Όχι Yes Ναι
- C** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
Μπορεί ο/η ασθενής να περπατήσει (ή να κινηθεί αυτόνομα σε αναπηρικό καροτσάκι) μέχρι τις τοπικές υπηρεσίες χωρίς να σταματά για να ξεκουραστεί; No Όχι Yes Ναι
- D** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να περπατήσει (ή να κινηθεί αυτόνομα σε αναπηρικό καροτσάκι) από το χώρο στάθμευσης σε ένα εμπορικό κέντρο ή σε ένα κτίριο χωρίς βοήθεια; No Όχι Yes Ναι
- E** Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να περπατήσει (ή να κινηθεί αυτόνομα σε αναπηρικό καροτσάκι) μέσα σε ένα εμπορικό κέντρο χωρίς βοήθεια; No Όχι Yes Ναι
- F** Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
Μπορεί ο/η ασθενής να ανέβει τις σκάλες ή να ανέβει με αναπηρικό καροτσάκι μια μεγάλη κεκλιμένη ράμπα; No Όχι Yes Ναι
- G** Can the patient use public transport without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να χρησιμοποιήσει τη δημόσια συγκοινωνία χωρίς βοήθεια; No Όχι Yes Ναι
- H** Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
Έχει ο/η ασθενής τη σωματική ικανότητα να εκτελέσει ελαφρές οικιακές εργασίες (π.χ. δίπλωμα και τακτοποίηση των πλυμένων ρούχων); No Όχι Yes Ναι
- I** Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
Μπορεί ο/η ασθενής να εκτελεί τις καθημερινές οικιακές εργασίες του χωρίς δυσκολία (π.χ. αλλαγή σεντονιών σε κρεβάτι ή σκούπισμα); No Όχι Yes Ναι
- J** Can the patient move around inside the home without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να μετακινείται μέσα στο σπίτι χωρίς βοήθεια; No Όχι Yes Ναι
- K** Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
Χρειάζεται ο/η ασθενής θεραπεία με οξυγόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας ή για να μετακινηθεί; No Όχι Yes Ναι
- L** Describe any other impacts.
Περιγράψτε άλλες ενδεχόμενες συνέπειες.

17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Επηρεάζει η πάθηση την ικανότητα παρουσίας και ενεργού συμμετοχής στην εργασία, την εκπαίδευση ή την κατάρτιση;

- No *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
- Yes *Give details below*
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:

Η επίδραση της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να διαρκέσει:

- Less than 3 months *Λιγότερο από 3 μήνες*
- 3-24 months *3-24 μήνες*
- More than 24 months *Περισσότερο από 24 μήνες*

19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:

Μέσα στα επόμενα 2 χρόνια, η επίδραση αυτής της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να:

- Resolve
Εκλείψει
- Significantly improve *Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.*
Βελτιωθεί σημαντικά *Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.*
- Slightly improve
Βελτιωθεί ελαφρώς
- Fluctuate
Κυμαίνεται
- Remain unchanged
Παραμένει αμετάβλητη
- Deteriorate
Αυξηθεί
- Uncertain
Αβέβαιο

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.

20 Is this condition episodic or fluctuating?

Είναι η πάθηση επεισοδιακή ή κυμαινόμενη;

- No *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
- Yes *Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.*
Ναι *Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.*

Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.

21 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
Ιστορικό της πάθησης.
Δώστε αναλυτικά στοιχεία για τα πρωτογενή αίτια και τους δευτερογενείς παράγοντες.

22 Provide any additional comments about this condition.
Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα σχόλια για την πάθηση.

25 The diagnosis is:
Η διάγνωση είναι:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Επιβεβαιωμένη Ποιος επιβεβαίωσε τη διάγνωση;

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Πιθανολογούμενη Έχουν προγραμματιστεί περαιτέρω διερευνήσεις/αξιολογήσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης;

No

Όχι

Yes

Ναι

26 What was the date of diagnosis?
Ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης;

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

27 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Ποια ήταν η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων (αν είναι γνωστό);

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

28 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Ποια είναι η πρόγνωση για την πάθηση αυτή;
Δώστε ένα χρονικό πλαίσιο, αν υπάρχει.

Treatment / Θεραπεία

29 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Ποια θεραπεία χορηγείται αυτή τη στιγμή για την πάθηση (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

30 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Πόσο αποτελεσματική είναι η τρέχουσα θεραπεία;
Περιγράψτε την ανταπόκριση στη θεραπεία και το βαθμό ελέγχου των συμπτωμάτων.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Περιγράψτε τυχόν παρενέργειες της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητάς τους.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Ποια θεραπεία χορηγήθηκε στο παρελθόν (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Φορά ή χρησιμοποιεί ο/η ασθενής βοηθήματα, εξοπλισμό ή υποβοηθητική τεχνολογία για την πάθηση;

No ► *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
Yes ► *Give details below*
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

34 Is any future treatment planned for this condition?
Έχει προγραμματιστεί κάποια μελλοντική θεραπεία για την πάθηση;

No ► **Go to 36**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 36**

Yes ► Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

35 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη της μελλοντικής θεραπείας; Περιγράψτε αναλυτικά τη βελτίωση των συμπτωμάτων ΚΑΙ της λειτουργικής ικανότητας.

36 Indicate compliance with recommended treatment:
Αναφέρετε το βαθμό συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Μεγάλη συμμόρφωση Τακτική συμμόρφωση Σπάνια συμμόρφωση Αβέβαιο

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Αναφέρετε αναλυτικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στην αξιολόγηση ή τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας και επηρεάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης.

Current symptoms / Τρέχοντα συμπτώματα

37 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Επί του παρόντος, ποια συμπτώματα επιμένουν **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία; Να είστε συγκεκριμένοι και να συμπεριλάβετε τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:

Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition).

Στοιχεία για το πώς επηρεάζει σήμερα η πάθηση τη λειτουργική ικανότητα του/της ασθενή **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία:

Σημείωση: Οι απαντήσεις πρέπει να αφορούν μόνο στους περιορισμούς που οφείλονται στη σπονδυλική πάθηση. ΔΕΝ πρέπει να αφορούν στους περιορισμούς που οφείλονται σε άλλες παθήσεις (π.χ. των άνω ή κάτω άκρων).

A	Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Υπάρχει περιορισμός στην έκταση της θωρακοσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης προς τα εμπρός;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Go to E Μεταβείτε στο E
		Όχι	Ναι	
				Go to B Μεταβείτε στο B
B	Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να σκύψει μέχρι τα γόνατα και να ξανασηκωθεί χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
C	Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? Μπορεί ο/η ασθενής να σκύψει προς τα εμπρός για να σηκώσει ένα ελαφρύ αντικείμενο στο επίπεδο των γονάτων;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
D	Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? Μπορεί ο/η ασθενής να σκύψει προς τα εμπρός για να σηκώσει ένα ελαφρύ αντικείμενο από ένα γραφείο ή τραπέζι;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
E	Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Υπάρχει περιορισμός στην περιστροφή της θωρακοσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
F	Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Υπάρχει περιορισμός στην περιστροφή ή την έκταση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Go to K Μεταβείτε στο K
		Όχι	Ναι	
				Go to G Μεταβείτε στο G
G	Can the patient perform any overhead activities? Μπορεί ο/η ασθενής να εκτελέσει εργασίες πάνω από το κεφάλι του;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
H	Can the patient perform overhead activities without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να εκτελέσει εργασίες πάνω από το κεφάλι του χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
I	Does the patient have some difficulty with overhead activities? Δυσκολεύεται κάπως ο/η ασθενής να εκτελέσει εργασίες πάνω από το κεφάλι του;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
J	Can the patient sustain overhead activities? Μπορεί ο/η ασθενής να αντέξει εργασίες πάνω από το κεφάλι του;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
K	Is there restriction of some or all cervical spine movements? Υπάρχει περιορισμός σε κάποια ή σε όλες τις κινήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Go to P Μεταβείτε στο P
		Όχι	Ναι	
				Go to L Μεταβείτε στο L
L	Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Δυσκολεύεται λίγο ο/η ασθενής να εκτελέσει κινήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
M	Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? Δυσκολεύεται ο/η ασθενής να εκτελέσει κινήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης προς όλες τις κατευθύνσεις;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
N	Is there complete loss of cervical spine rotation? Υπάρχει πλήρης απώλεια της δυνατότητας περιστροφής της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
O	Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Υπάρχει πλήρης απώλεια της δυνατότητας έκτασης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης προς τα εμπρός;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
P	Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? Μπορεί ο/η ασθενής να παραμείνει καθισμένος/η για περισσότερο από 30 λεπτά;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Go to Q Μεταβείτε στο Q
		Όχι	Ναι	
				Go to R Μεταβείτε στο R
Q	Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? Μπορεί ο/η ασθενής να παραμείνει καθισμένος/η για περισσότερο από 10 λεπτά;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	
R	Is the patient able to get up out of a chair without assistance? Μπορεί ο/η ασθενής να σηκωθεί από μια καρέκλα χωρίς βοήθεια;	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
		Όχι	Ναι	

S Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)? No Yes
Όχι Ναι
Έχει ο/η ασθενής επαρκή δυνατότητα κίνησης της σπονδυλικής στήλης για να εκτελέσει βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (π.χ. ντύσιμο, μπάνιο, ντους ή ελαφρές οικιακές εργασίες);

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function? No Yes
Όχι Ναι
Είναι ο/η ασθενής εντελώς ανίκανος/η να εκτελέσει εργασίες που απαιτούν σπονδυλική λειτουργία;

U Describe any other impacts.
Περιγράψτε άλλες ενδεχόμενες συνέπειες.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Επηρεάζει η πάθηση την ικανότητα παρουσίας και ενεργού συμμετοχής στην εργασία, την εκπαίδευση ή την κατάρτιση;

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**
Yes **Give details below**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω**

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Η επίδραση της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να διαρκέσει:

Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Λιγότερο από 3 μήνες 3-24 μήνες Περισσότερο από 24 μήνες

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Μέσα στα επόμενα 2 χρόνια, η επίδραση αυτής της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να:

Resolve
Εκλείψει
Significantly improve
Βελτιωθεί σημαντικά
Slightly improve
Βελτιωθεί ελαφρώς
Fluctuate
Κυμαίνεται
Remain unchanged
Παραμένει αμετάβλητη
Deteriorate
Αυξηθεί
Uncertain
Αβέβαιο

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.

42 Is this condition episodic or fluctuating?

Είναι η πάθηση επεισοδιακή ή κυμαινόμενη;

No Go to next question

Όχι Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση

Yes

Ναι

Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.

Other information / Άλλες πληροφορίες

43 History of this condition.

Provide details of underlying causes and contributing factors.

Ιστορικό της πάθησης.

Δώστε αναλυτικά στοιχεία για τα πρωτογενή αίτια και τους δευτερογενείς παράγοντες.

44 Provide any additional comments about this condition.

Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα σχόλια για την πάθηση.

PART C – Conditions impacting upper limb function

ΜΕΡΟΣ Γ – Παθήσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία των άνω άκρων

PART C should be completed for conditions impacting upper limb function including but not limited to: arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting upper limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the upper limb.

Το ΜΕΡΟΣ Γ θα πρέπει να συμπληρωθεί για παθήσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία των άνω άκρων, συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων των

παρακάτω: αρθρίτιδα, παράλυση ή απώλεια δύναμης ή αίσθησης λόγω εγκεφαλικού ή άλλης εγκεφαλικής ή νευρικής βλάβης, εγκεφαλική παράλυση ή άλλες παθήσεις που επηρεάζουν το συντονισμό των άνω άκρων, φλεγμονή ή τραυματισμός μυών ή τενόντων, ακρωτηριασμός και απουσία ολόκληρου ή τμήματος του άνω άκρου.

- 45** Does the patient have a condition impacting upper limb function?
Έχει ο/η ασθενής μια πάθηση που επηρεάζει τη λειτουργία των άνω άκρων;
- No ► **Go to PART D**
Όχι **Μεταβείτε στο ΜΕΡΟΣ Δ**
- Yes ► Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Οδηγίες για τον γιατρό

Αν ο/η ασθενής έχει περισσότερες από μία παθήσεις αυτού του τύπου, αναφέρετε εδώ λεπτομέρειες για την πάθηση που έχει τη *μεγαλύτερη* επίδραση στη λειτουργική ικανότητα. Λεπτομέρειες για άλλες παθήσεις μπορείτε να δώσετε στο ΜΕΡΟΣ ΣΤ.

Δώστε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις με βάση την κλινική αξιολόγηση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και διερευνήσεων, καθώς και τις τρέχουσες επιστημονικές γνώσεις.

Τα συμπτώματα που αναφέρει μόνο το ίδιο το άτομο δεν επαρκούν.

-  Attach
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Επισυνάψτε:
- μια έκθεση του γιατρού ή του ειδικού γιατρού που συνήθως παρακολουθεί αυτή την πάθηση (αν δεν είστε εσείς), και
 - αντίγραφα των αποτελεσμάτων των σχετικών εξετάσεων και διερευνήσεων (π.χ. ακτινογραφιών ή άλλων απεικονιστικών μεθόδων – μόνο εκθέσεις) μαζί με τα αποτελέσματα των σωματικών δοκιμασιών ή των αξιολογήσεων της λειτουργικότητας, αν υπάρχουν.

Diagnosis / Διάγνωση

- 46** What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
Ποια είναι η διάγνωση;
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. συμπεριλάβετε τον κωδικό Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων ή/και το στάδιο κατά περίπτωση).

47 The diagnosis is:
Η διάγνωση είναι:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Επιβεβαιωμένη Ποιος επιβεβαίωσε τη διάγνωση;

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Πιθανολογούμενη Έχουν προγραμματιστεί περαιτέρω διερευνήσεις/αξιολογήσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης;

No

Όχι

Yes

Ναι

48 What was the date of diagnosis?

Ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης;

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

49 What was the date of onset of symptoms (if known)?

Ποια ήταν η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων (αν είναι γνωστό);

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

50 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Ποια είναι η πρόγνωση για την πάθηση αυτή;
Δώστε ένα χρονικό πλαίσιο, αν υπάρχει.

Treatment / Θεραπεία

51 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Ποια θεραπεία χορηγείται αυτή τη στιγμή για την πάθηση (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

52 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Πόσο αποτελεσματική είναι η τρέχουσα θεραπεία;
Περιγράψτε την ανταπόκριση στη θεραπεία και το βαθμό ελέγχου των συμπτωμάτων.

53 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Περιγράψτε τυχόν παρενέργειες της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητάς τους.

54 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Ποια θεραπεία χορηγήθηκε στο παρελθόν (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

55 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Φορά ή χρησιμοποιεί ο/η ασθενής βοηθήματα, εξοπλισμό ή υποβοηθητική τεχνολογία για την πάθηση;

No **Go to next question**
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*

Yes **Give details below**
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

56 Is any future treatment planned for this condition?
Έχει προγραμματιστεί κάποια μελλοντική θεραπεία για την πάθηση;

No ► **Go to 58**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 58**
Yes ► Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη της μελλοντικής θεραπείας; Περιγράψτε αναλυτικά τη βελτίωση των συμπτωμάτων ΚΑΙ της λειτουργικής ικανότητας.

58 Indicate compliance with recommended treatment:
Αναφέρετε το βαθμό συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Μεγάλη συμμόρφωση Τακτική συμμόρφωση Σπάνια συμμόρφωση Αβέβαιο

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Αναφέρετε αναλυτικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στην αξιολόγηση ή τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας και επηρεάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης.

Current symptoms / Τρέχοντα συμπτώματα

59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Επί του παρόντος, ποια συμπτώματα επιμένουν **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία; Να είστε συγκεκριμένοι και να συμπεριλάβετε τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

60 Which limb is affected?
Ποιο άκρο έχει επηρεαστεί;

Left Right
Αριστερό Δεξί

61 Is the patient left or right dominant?
Είναι ο/η ασθενής αριστερόχειρας ή δεξιόχειρας;

Left Right
Αριστερόχειρας Δεξιόχειρας

62 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
 Στοιχεία για το πώς επηρεάζει σήμερα η πάθηση τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία:

A	Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να σηκώσει, να χειριστεί, να ελέγξει και να χρησιμοποιήσει τα περισσότερα αντικείμενα που χρειάζεται σε καθημερινή βάση χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
B	Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)? Μπορεί ο/η ασθενής να σηκώσει βαρύτερα αντικείμενα χωρίς δυσκολία (π.χ. μια χάρτινη συσκευασία υγρού 2 λίτρων ή μια γεμάτη σακούλα με ψώνια);	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
C	Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)? Μπορεί ο/η ασθενής να χειριστεί πολύ μικρά αντικείμενα χωρίς δυσκολία (π.χ. κέρματα);	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
D	Can the patient do up buttons without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να κουμπώνει κουμπιά χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
E	Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να φτάσει ή να σηκώσει αντικείμενα που βρίσκονται ψηλά ή μακριά χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
F	Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να σηκώσει μια χάρτινη συσκευασία υγρού 1 λίτρου χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
G	Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να σηκώσει ελαφριά αντικείμενα και με τα 2 χέρια χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
H	Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να κρατήσει και να χρησιμοποιήσει μολύβι ή στυλό χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
			Go to I Μεταβείτε στο I	
			Go to J Μεταβείτε στο J	
I	The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one): Ο βαθμός δυσκολίας όταν το άτομο προσπαθεί να κρατήσει και να χρησιμοποιήσει μολύβι ή στυλό είναι (επιλέξτε ένα):	Mild <input type="checkbox"/> Μικρός	Moderate <input type="checkbox"/> Μέτριος	Severe <input type="checkbox"/> Μεγάλος
J	Can the patient use a standard keyboard without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να χρησιμοποιήσει ένα συνηθισμένο πληκτρολόγιο χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	Go to K Μεταβείτε στο K
			Go to L Μεταβείτε στο L	
K	Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να χρησιμοποιήσει ένα πληκτρολόγιο υπολογιστή με τις κατάλληλες προσαρμογές χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
L	Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να ξεβιδώσει ένα καπάκι αναψυκτικού χωρίς δυσκολία;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
M	Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional? Έχει υποστεί ο/η ασθενής ακρωτηριασμό που κατέστησε μη λειτουργικό ένα χέρι ή βραχίονα;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
N	Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (Note: Both hands or both arms)? Έχει ο/η ασθενής περιορισμένη δυνατότητα κίνησης ή συντονισμού στα χέρια ή τους βραχίονες, η οποία περιορίζει σημαντικά διάφορες δραστηριότητες (Σημείωση: Και τα δύο χέρια ή και τους δύο βραχίονες);	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
O	Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device? Χρησιμοποιεί ή φοράει ο/η ασθενής προσθετικό μέλος ή βοηθητική συσκευή;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	Go to R Μεταβείτε στο R
			Go to P Μεταβείτε στο P	
P	Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects? Υπάρχει δυσκολία στο χειρισμό, τη μετακίνηση ή το κουβάλημα των περισσότερων αντικειμένων;	No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	Go to R Μεταβείτε στο R
			Go to Q Μεταβείτε στο Q	

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one):
Ο βαθμός δυσκολίας στο χειρισμό, τη μετακίνηση ή το κουβάλημα των περισσότερων αντικειμένων είναι (επιλέξτε ένα):

Mild
Μικρός

Moderate
Μέτριος

Severe
Μεγάλος

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να γυρίσει τις σελίδες ενός βιβλίου χωρίς δυσκολία και χωρίς βοήθεια;

No **Go to S**
Όχι **Μεταβείτε στο S**

Yes **Go to T**
Ναι **Μεταβείτε στο T**

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one):
Ο βαθμός δυσκολίας για το γύρισμα των σελίδων ενός βιβλίου χωρίς βοήθεια είναι (επιλέξτε ένα):

Mild
Μικρός

Moderate
Μέτριος

Severe
Μεγάλος

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms (Note: Both hands or both arms)?
Δεν έχει ο/η ασθενής καμία δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τα χέρια ή τους βραχίονες (Σημείωση: Και τα δύο χέρια ή και τους δύο βραχίονες);

No
Όχι

Yes
Ναι

U Describe any other impacts.
Περιγράψτε άλλες ενδεχόμενες συνέπειες.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Επηρεάζει η πάθηση την ικανότητα παρουσίας και ενεργού συμμετοχής στην εργασία, την εκπαίδευση ή την κατάρτιση;

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes **Give details below**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω**

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Η επίδραση της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να διαρκέσει:

Less than 3 months
Λιγότερο από 3 μήνες

3-24 months
3-24 μήνες

More than 24 months
Περισσότερο από 24 μήνες

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Μέσα στα επόμενα 2 χρόνια, η επίδραση αυτής της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να:

- Resolve
Εκλείψει
- Significantly improve
Βελτιωθεί σημαντικά
- Slightly improve
Βελτιωθεί ελαφρώς
- Fluctuate
Κυμαίνεται
- Remain unchanged
Παραμένει αμετάβλητη
- Deteriorate
Αυξηθεί
- Uncertain
Αβέβαιο

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
Είναι η πάθηση επεισοδιακή ή κυμαινόμενη;

No *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.

Other information / Άλλες πληροφορίες

67 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
Ιστορικό της πάθησης. Δώστε αναλυτικά στοιχεία για τα πρωτογενή αίτια και τους δευτερογενείς παράγοντες.

68 Provide any additional comments about this condition.
Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα σχόλια για την πάθηση.

PART D – Conditions impacting lower limb function

ΜΕΡΟΣ Δ – Παθήσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία των κάτω άκρων

PART D should be completed for conditions impacting lower limb function including but not limited to: arthritis, paralysis or loss of strength or sensation resulting from stroke or other brain or nerve injury, cerebral palsy or other condition affecting lower limb coordination, inflammation or injury of the muscles or tendons, amputation and absence of whole or part of the lower limb.

Το ΜΕΡΟΣ Δ θα πρέπει να συμπληρωθεί για παθήσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία των κάτω άκρων, συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων των παρακάτω: αρθρίτιδα, παράλυση ή απώλεια δύναμης ή αίσθησης λόγω εγκεφαλικού ή άλλης εγκεφαλικής ή νευρικής βλάβης, εγκεφαλική παράλυση ή άλλες παθήσεις που επηρεάζουν το συντονισμό των κάτω άκρων, φλεγμονή ή τραυματισμός μυών ή τενόντων, ακρωτηριασμός και απουσία ολόκληρου ή τμήματος του κάτω άκρου.

- 69 Does the patient have a condition impacting lower limb function?
Έχει ο/η ασθενής μια πάθηση που επηρεάζει τη λειτουργία των κάτω άκρων;
- No **Go to PART E**
Όχι **Μεταβείτε στο ΜΕΡΟΣ E**
- Yes Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Οδηγίες για τον γιατρό

Αν ο/η ασθενής έχει περισσότερες από μία παθήσεις αυτού του τύπου, αναφέρετε εδώ λεπτομέρειες για την πάθηση που έχει τη *μεγαλύτερη* επίδραση στη λειτουργική ικανότητα. Λεπτομέρειες για άλλες παθήσεις μπορείτε να δώσετε στο ΜΕΡΟΣ ΣΤ.

Δώστε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις με βάση την κλινική αξιολόγηση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και διερευνήσεων, καθώς και τις τρέχουσες επιστημονικές γνώσεις.

Τα συμπτώματα που αναφέρει μόνο το ίδιο το άτομο δεν επαρκούν.

-  Attach
- a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only), along with results of physical tests or assessments of function, if available.
- Επισυνάψτε:
- μια έκθεση του γιατρού ή του ειδικού γιατρού που συνήθως παρακολουθεί αυτή την πάθηση (αν δεν είστε εσείς), και
 - αντίγραφα των αποτελεσμάτων των σχετικών εξετάσεων και διερευνήσεων (π.χ. ακτινογραφιών ή άλλων απεικονιστικών μεθόδων – μόνο εκθέσεις) μαζί με τα αποτελέσματα των σωματικών δοκιμασιών ή των αξιολογήσεων της λειτουργικότητας, αν υπάρχουν.

Diagnosis / Διάγνωση

70 What is the diagnosis?

Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).

Ποια είναι η διάγνωση;
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. συμπεριλάβετε τον κωδικό Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων ή/και το στάδιο κατά περίπτωση).

71 The diagnosis is:
Η διάγνωση είναι:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Επιβεβαιωμένη Ποιος επιβεβαίωσε τη διάγνωση;

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Πιθανολογούμενη Έχουν προγραμματιστεί περαιτέρω διερευνήσεις/αξιολογήσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης;

No

Όχι

Yes

Ναι

72 What was the date of diagnosis?

Ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης;

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

73 What was the date of onset of symptoms (if known)?

Ποια ήταν η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων (αν είναι γνωστό);

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

74 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.

Ποια είναι η πρόγνωση για την πάθηση αυτή;

Δώστε ένα χρονικό πλαίσιο, αν υπάρχει.

Treatment / Θεραπεία

75 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Ποια θεραπεία χορηγείται αυτή τη στιγμή για την πάθηση (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου); Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

76 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Πόσο αποτελεσματική είναι η τρέχουσα θεραπεία;
Περιγράψτε την ανταπόκριση στη θεραπεία και το βαθμό ελέγχου των συμπτωμάτων.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Περιγράψτε τυχόν παρενέργειες της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητάς τους.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Ποια θεραπεία χορηγήθηκε στο παρελθόν (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Φορά ή χρησιμοποιεί ο/η ασθενής βοηθήματα, εξοπλισμό ή υποβοηθητική τεχνολογία για την πάθηση;

No *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
Yes *Give details below*
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

80 Is any future treatment planned for this condition?
Έχει προγραμματιστεί κάποια μελλοντική θεραπεία για την πάθηση;

No **Go to 82**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 82**
Yes Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

81 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη της μελλοντικής θεραπείας; Περιγράψτε αναλυτικά τη βελτίωση των συμπτωμάτων ΚΑΙ της λειτουργικής ικανότητας.

82 Indicate compliance with recommended treatment:
Αναφέρετε το βαθμό συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Μεγάλη συμμόρφωση Τακτική συμμόρφωση Σπάνια συμμόρφωση Αβέβαιο

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Αναφέρετε αναλυτικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στην αξιολόγηση ή τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας και επηρεάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης.

Current symptoms / Τρέχοντα συμπτώματα

83 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Επί του παρόντος, ποια συμπτώματα επιμένουν **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία; Να είστε συγκεκριμένοι και να συμπεριλάβετε τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

<p>84 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology: Στοιχεία για το πώς επηρεάζει σήμερα η πάθηση τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή παρά τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία:</p>	<p>A Does the patient have difficulty walking? Δυσκολεύεται ο/η ασθενής στο περπάτημα;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> ➔ Go to I Όχι Μεταβείτε στο I</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> ➔ Go to B Ναι Μεταβείτε στο B</p>
	<p>B Can the patient walk to local facilities without difficulty? Μπορεί ο/η ασθενής να περπατήσει μέχρι τις τοπικές υπηρεσίες χωρίς δυσκολία;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>C Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest? Μπορεί ο/η ασθενής να περπατήσει χωρίς δυσκολία μέσα σε ένα εμπορικό κέντρο ή σούπερ μάρκετ χωρίς να χρειαστεί να ξεκουραστεί;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>D How far can the patient walk outside their home? Πόσο μακριά μπορεί να περπατήσει ο/η ασθενής εκτός σπιτιού;</p>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
	<p>E Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities? Χρειάζεται ο/η ασθενής να οδηγήσει ή να χρησιμοποιήσει άλλο μέσο μεταφοράς για να φτάσει στα τοπικά καταστήματα και τις υπηρεσίες;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>F Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket? Χρειάζεται ο/η ασθενής βοήθεια για να περπατήσει μέσα σε ένα εμπορικό κέντρο ή σούπερ μάρκετ;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>G Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket? Χρειάζεται ο/η ασθενής βοήθεια για να περπατήσει από το χώρο στάθμευσης μέχρι το εμπορικό κέντρο ή το σούπερ μάρκετ;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>H Is the patient unable to mobilise independently? Είναι ο/η ασθενής ανίκανος/η να κινηθεί αυτόνομα;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>I Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick? Χρησιμοποιεί ο/η ασθενής προσθετικό κάτω μέλος ή μπαστούνι;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> ➔ Go to K Όχι Μεταβείτε στο K</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> ➔ Go to J Ναι Μεταβείτε στο J</p>
	<p>J Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick? Μπορεί ο/η ασθενής να κινηθεί αποτελεσματικά χρησιμοποιώντας το προσθετικό μέλος ή το μπαστούνι;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>K Does the patient use a wheelchair? Χρησιμοποιεί ο/η ασθενής αναπηρικό καροτσάκι;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> ➔ Go to N Όχι Μεταβείτε στο N</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> ➔ Go to L Ναι Μεταβείτε στο L</p>
	<p>L Can the patient use the wheelchair independently? Μπορεί ο/η ασθενής να χρησιμοποιήσει αυτόνομα το αναπηρικό καροτσάκι;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>M Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance? Μπορεί ο/η ασθενής να καθίσει και να σηκωθεί από το αναπηρικό καροτσάκι χωρίς βοήθεια;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>N Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)? Χρησιμοποιεί ο/η ασθενής βοηθήματα βάδισης (π.χ. τετράποδο μπαστούνι, πατερίτσες ή πι);</p>	<p>No <input type="checkbox"/> ➔ Go to Q Όχι Μεταβείτε στο Q</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> ➔ Go to O Ναι Μεταβείτε στο O</p>
	<p>O Does the patient move around independently using walking aids? Μπορεί ο/η ασθενής να μετακινείται αυτόνομα με τα βοηθήματα βάδισης;</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>
	<p>P Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)? Χρειάζεται ο/η ασθενής βοήθεια για να κινηθεί με τα βοηθήματα βάδισης (δηλαδή χρειάζεται βοήθεια από άλλο άτομο για να περπατήσει σε ορισμένες επιφάνειες);</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Όχι Ναι</p>

- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
Μπορεί ο/η ασθενής να σταθεί χωρίς βοήθεια για τουλάχιστον 10 λεπτά;
- No **Go to R**
Όχι **Μεταβείτε στο R**
- Yes **Go to S**
Ναι **Μεταβείτε στο S**
-
- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
Μπορεί ο/η ασθενής να σταθεί χωρίς βοήθεια για 5-10 λεπτά;
- No Yes
Όχι Ναι
-
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να σηκωθεί από την καθιστή θέση χωρίς βοήθεια;
- No Yes
Όχι Ναι
-
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
Μπορεί ο/η ασθενής να ανεβοκατέβει σκάλες χωρίς δυσκολία;
- No **Go to U**
Όχι **Μεταβείτε στο U**
- Yes **Go to W**
Ναι **Μεταβείτε στο W**
-
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
Δυσκολεύεται κάπως ο/η ασθενής να ανέβει σκάλες;
- No Yes
Όχι Ναι
-
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
Είναι ο/η ασθενής ανίκανος/η να ανεβοκατέβει σκάλες ή σκαλοπάτια χωρίς βοήθεια;
- No Yes
Όχι Ναι
-
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
Μπορεί ο/η ασθενής να γονατίσει ή να κάνει βαθύ κάθισμα και να επιστρέψει σε όρθια θέση χωρίς δυσκολία;
- No Yes
Όχι Ναι
-
- X** Can the patient use a motor vehicle?
Μπορεί ο/η ασθενής να χρησιμοποιήσει μηχανοκίνητο όχημα;
- No Yes
Όχι Ναι
-
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
Μπορεί ο/η ασθενής να χρησιμοποιήσει τη δημόσια συγκοινωνία χωρίς βοήθεια;
- No Yes
Όχι Ναι

Z Describe any other impacts.
Περιγράψτε άλλες ενδεχόμενες συνέπειες.

85 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Επηρεάζει η πάθηση την ικανότητα παρουσίας και ενεργού συμμετοχής στην εργασία, την εκπαίδευση ή την κατάρτιση;

- No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**
- Yes **Give details below**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω**

86 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Η επίδραση της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να διαρκέσει:

- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
Λιγότερο από 3 μήνες 3-24 μήνες Περισσότερο από 24 μήνες

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Μέσα στα επόμενα 2 χρόνια, η επίδραση αυτής της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να:

- Resolve
Εκλείψει
- Significantly improve
Βελτιωθεί σημαντικά
- Slightly improve
Βελτιωθεί ελαφρώς
- Fluctuate
Κυμαίνεται
- Remain unchanged
Παραμένει αμετάβλητη
- Deteriorate
Αυξηθεί
- Uncertain
Αβέβαιο

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
Είναι η πάθηση επεισοδιακή ή κυμαινόμενη;

No *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.

Other information / Άλλες πληροφορίες

89 History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
Ιστορικό της πάθησης. Δώστε αναλυτικά στοιχεία για τα πρωτογενή αίτια και τους δευτερογενείς παράγοντες.

90 Provide any additional comments about this condition.
Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα σχόλια για την πάθηση.

PART E – Psychiatric and psychological conditions

ΜΕΡΟΣ Ε – Ψυχιατρικές και ψυχολογικές παθήσεις

PART E should be completed for mental health conditions including but not limited to: chronic depressive/anxiety disorders, schizophrenia, bipolar affective disorder, eating disorders, somatoform disorders, pathological personality disorders, post traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder manifesting with predominantly behavioural problems, and behavioural problems related to acquired brain injury/ frontal lobe syndrome.

Το ΜΕΡΟΣ Ε θα πρέπει να συμπληρωθεί για ψυχιατρικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων των παρακάτω: χρόνιες καταθλιπτικές/αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή της διάθεσης, διατροφικές διαταραχές, σωματόμορφες διαταραχές, παθολογικές διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχή μετατραυματικού στρες, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας που εκδηλώνεται κατά κύριο λόγο με συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και συμπεριφορικά προβλήματα που συνδέονται με επίκτητη εγκεφαλική βλάβη/σύνδρομο.

91 Does the patient have a psychiatric or psychological condition?
Έχει ο/η ασθενής μια ψυχιατρική ή ψυχολογική πάθηση;

- No **Go to PART F**
Όχι **Μεταβείτε στο ΜΕΡΟΣ ΣΤ**
- Yes Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Οδηγίες για τον γιατρό

Αν ο/η ασθενής έχει περισσότερες από μία παθήσεις αυτού του τύπου, αναφέρετε εδώ λεπτομέρειες για την πάθηση που έχει τη *μεγαλύτερη* επίδραση στη λειτουργική ικανότητα. Λεπτομέρειες για άλλες παθήσεις μπορείτε να δώσετε στο ΜΕΡΟΣ ΣΤ.

Δώστε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις με βάση την κλινική αξιολόγηση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και διερευνήσεων, καθώς και τις τρέχουσες επιστημονικές γνώσεις.

Τα συμπτώματα που αναφέρει μόνο το ίδιο το άτομο δεν επαρκούν.



Attach a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you).
Επισυνάψτε μια έκθεση του γιατρού ή του ειδικού γιατρού που συνήθως παρακολουθεί αυτή την πάθηση (αν δεν είστε εσείς).

Diagnosis / Διάγνωση

92 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders code).
Ποια είναι η διάγνωση;
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. συμπεριλάβετε τον κωδικό Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων ή τον κωδικό του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών).

93 The diagnosis is:
Η διάγνωση είναι:

Confirmed **Go to next question**
Επιβεβαιωμένη **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Presumptive **Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?**
Πιθανολογούμενη **Έχουν προγραμματιστεί περαιτέρω διερευνήσεις/αξιολογήσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης;**

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes **Give details below**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω**

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
Η διάγνωση της πάθησης έγινε από ψυχίατρο;

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes **Provide details of the treating psychiatrist**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες για τον θεράποντα ψυχίατρο**

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Address

Διεύθυνση

Country Χώρα

Phone number

Τηλέφωνο

Country ()	Area code ()
Χώρα ()	Κωδικός περιοχής ()

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Ημερομηνίες επίσκεψης του/της ασθενή στον ψυχίατρο.

Αν είναι περισσότερες από 4, συμπεριλάβετε την ημερομηνία της πρώτης επίσκεψης και την ημερομηνία της πιο πρόσφατης επίσκεψης.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report **MUST** be attached.

Επισυνάψτε μια έκθεση αυτού του θεράποντα ψυχιάτρου. ΠΡΕΠΕΙ να επισυνάψετε οπωσδήποτε αυτή την έκθεση.

► **Go to 97**

Μεταβείτε στην ερώτηση 97

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
Η διάγνωση έγινε από τον θεράποντα ιατρό του/της ασθενή;

No ► Go to next question

Όχι ► Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση

Yes ► Provide details of the treating doctor

Ναι ► Αναφέρετε λεπτομέρειες για τον θεράποντα ιατρό

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Address

Διεύθυνση

Country
Χώρα

Phone number

Τηλέφωνο

Country () Area code ()
Χώρα () Κωδικός περιοχής ()

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Ημερομηνίες επίσκεψης του/της ασθενή στον γιατρό.

Αν είναι περισσότερες από 4, συμπεριλάβετε την ημερομηνία της πρώτης επίσκεψης και την ημερομηνία της πιο πρόσφατης επίσκεψης.

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος



Attach a report from this treating doctor. This report **MUST** be attached.

Επισυνάψτε μια έκθεση αυτού του θεράποντα ιατρού. ΠΡΕΠΕΙ να επισυνάψετε οπωσδήποτε αυτή την έκθεση.

► Go to next question

► Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?

Επιβεβαιώθηκε η διάγνωση από κλινικό ψυχολόγο (δηλαδή ψυχολόγο με ειδικότητα που του επιτρέπει βάσει της νομοθεσίας να κάνει διάγνωση και θεραπεία ψυχιατρικών και ψυχολογικών παθήσεων στη χώρα/χώρες εργασίας του);

No **Go to next question**
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*

Yes **Provide details of the clinical psychologist**
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες για τον κλινικό ψυχολόγο*

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Address

Διεύθυνση

Country
Χώρα

Phone number

Τηλέφωνο

Country () Area code ()
Χώρα () Κωδικός περιοχής ()

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Ημερομηνίες επίσκεψης του/της ασθενή στον κλινικό ψυχολόγο.

Αν είναι περισσότερες από 4, συμπεριλάβετε την ημερομηνία της πρώτης επίσκεψης και την ημερομηνία της πιο πρόσφατης επίσκεψης.

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος



Attach a report from this clinical psychologist. This report **MUST** be attached.

Επισυνάψτε μια έκθεση αυτού του κλινικού ψυχολόγου. ΠΡΕΠΕΙ να επισυνάψετε οπωσδήποτε αυτή την έκθεση.

► **Go to next question**
Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση

97 What was the date of diagnosis?

Ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης;

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?

Ποια ήταν η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων (αν είναι γνωστό);

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

99 What is the prognosis of this condition?

Give a timeframe, if applicable.
Ποια είναι η πρόγνωση για την πάθηση αυτή; Δώστε ένα χρονικό πλαίσιο, αν υπάρχει.

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
Χρειάζεται ο/η ασθενής νοσηλεία για την πάθηση;

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes **Give details below, beginning with the most recent**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω, ξεκινώντας με τα πιο πρόσφατα στοιχεία**

1	Condition (diagnosis) Πάθηση (διάγνωση)	<input type="text"/>
	Date of admission Ημερομηνία εισαγωγής	Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος <input type="text"/>
	Duration Διάρκεια	<input type="text"/>
	Reason Αιτιολογία	<input type="text"/>
	Name of institution Όνομα ιδρύματος	<input type="text"/>

2	Condition (diagnosis) Πάθηση (διάγνωση)	<input type="text"/>
	Date of admission Ημερομηνία εισαγωγής	Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος <input type="text"/>
	Duration Διάρκεια	<input type="text"/>
	Reason Αιτιολογία	<input type="text"/>
	Name of institution Όνομα ιδρύματος	<input type="text"/>

3	Condition (diagnosis) Πάθηση (διάγνωση)	<input type="text"/>
	Date of admission Ημερομηνία εισαγωγής	Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος <input type="text"/>
	Duration Διάρκεια	<input type="text"/>
	Reason Αιτιολογία	<input type="text"/>
	Name of institution Όνομα ιδρύματος	<input type="text"/>

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
Αν ο/η ασθενής έχει νοσηλευτεί περισσότερες από 3 φορές, επισυνάψτε ένα ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.

105 Is any future treatment planned for this condition?
Έχει προγραμματιστεί κάποια μελλοντική θεραπεία για την πάθηση;

No **Go to 107**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 107**

Yes **Give details below**
Ναι **Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

106 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη της μελλοντικής θεραπείας;
Περιγράψτε αναλυτικά τη βελτίωση των συμπτωμάτων ΚΑΙ της λειτουργικής ικανότητας.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

107 Indicate compliance with recommended treatment:
Αναφέρετε το βαθμό συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία:

Very compliant
Μεγάλη συμμόρφωση

Usually compliant
Τακτική συμμόρφωση

Rarely compliant
Σπάνια συμμόρφωση

Uncertain
Αβέβαιο

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Αναφέρετε αναλυτικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στην αξιολόγηση ή τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας και επηρεάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης.

Current symptoms / Τρέχοντα συμπτώματα

108 What symptoms currently persist **despite** treatment?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Επί του παρόντος, ποια συμπτώματα επιμένουν **παρά** τη θεραπεία;
Να είστε συγκεκριμένοι και να συμπεριλάβετε τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

Functional impact / Συνέπειες για τη λειτουργικότητα

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
Λεπτομέρειες σχετικά με το πώς επηρεάζει σήμερα η πάθηση τη λειτουργική ικανότητα του/της ασθενή **παρά** τη θεραπεία:

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?

Δυσκολεύεται ο/η ασθενής να φροντίσει τον εαυτό του και να ζήσει ανεξάρτητα;

No **Go to B**
Όχι **Μεταβείτε στο B**

Yes Provide details and examples below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες και παραδείγματα παρακάτω

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?

Δυσκολεύεται ο/η ασθενής σε κοινωνικές/ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ταξίδια;

No **Go to C**
Όχι **Μεταβείτε στο C**

Yes Provide details and examples below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες και παραδείγματα παρακάτω

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
Δυσκολεύεται ο/η ασθενής στις διαπροσωπικές του σχέσεις;

No **Go to D**
Όχι **Μεταβείτε στο D**

Yes Provide details and examples below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες και παραδείγματα παρακάτω

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
Δυσκολεύεται ο/η ασθενής να συγκεντρωθεί και να ολοκληρώσει εργασίες;

No **Go to E**
Όχι **Μεταβείτε στο E**

Yes Provide details and examples below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες και παραδείγματα παρακάτω

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
Δυσκολεύεται ο/η ασθενής σε ζητήματα συμπεριφοράς, προγραμματισμού και λήψης αποφάσεων;

No **Go to F**
Όχι **Μεταβείτε στο F**

Yes Provide details and examples below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες και παραδείγματα παρακάτω

F Describe any other impacts.
Περιγράψτε άλλες ενδεχόμενες συνέπειες.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Επηρεάζει η πάθηση την ικανότητα παρουσίας και ενεργού συμμετοχής στην εργασία, την εκπαίδευση ή την κατάρτιση;

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

- 111** The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
 Η επίδραση της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να διαρκέσει:
- Less than 3 months 3-24 months More than 24 months
 Λιγότερο από 3 μήνες 3-24 μήνες Περισσότερο από 24 μήνες

- 112** Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
 Εντός των επόμενων 2 ετών, η επίδραση της πάθησης στη λειτουργική ικανότητα του/της ασθενή αναμένεται να:
- Resolve *Εκλείπει*
 Significantly improve *Βελτιωθεί σημαντικά*
 Slightly improve *Βελτιωθεί ελαφρώς*
 Fluctuate *Κυμαίνεται*
 Remain unchanged *Παραμένει αμετάβλητη*
 Deteriorate *Αυξηθεί*
 Uncertain *Αβέβαιο*
- Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.**
Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.
-

.....

.....

.....

.....

.....

- 113** Is this condition episodic or fluctuating?
 Είναι η πάθηση επεισοδιακή ή κυμαινόμενη;
- No *Go to next question*
 Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
 Ναι Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.
-

.....

.....

.....

.....

.....

Other information / Άλλες πληροφορίες

- 114** History of this condition. Provide details of underlying causes and contributing factors.
 Ιστορικό της πάθησης. Δώστε αναλυτικά στοιχεία για τα πρωτογενή αίτια και τους δευτερογενείς παράγοντες.
-

.....

.....

.....

- 115** Provide any additional comments about this condition.
 Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα σχόλια για την πάθηση.
-

.....

.....

.....

PART F – Other medical conditions

ΜΕΡΟΣ ΣΤ – Άλλες παθήσεις

116 Does the patient have any other medical conditions including intellectual impairment which have a SIGNIFICANT impact on their ability to function (e.g. endurance, movement, cognitive function, communication, behaviour, ability for self care, need for support in activities of daily living)?
 Έχει ο/η ασθενής άλλες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της νοητικής αναπηρίας, που έχουν ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ επίδραση στη λειτουργική του/της ικανότητα (π.χ. αντοχή, κίνηση, γνωστική λειτουργία, επικοινωνία, συμπεριφορά, ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, ανάγκη υποστήριξης σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής);

- No ➔ **Go to PART G**
 Όχι ➔ **Μεταβείτε στο ΜΕΡΟΣ Ζ**
- Yes ➔ Give details below
 Ναι ➔ Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

Instructions for the doctor

Detail only one condition at a time – avoid grouping medical conditions. **If there is more than one other condition, photocopy pages 42–48 for each additional condition, answer the questions and attach the completed pages to this form.**

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Οδηγίες για τον γιατρό

Αναφέρετε αναλυτικά μόνο μία πάθηση τη φορά – αποφύγετε την ομαδοποίηση των παθήσεων. **Αν υπάρχουν περισσότερες από μία πρόσθετες παθήσεις, βγάλτε ένα φωτοαντίγραφο των σελίδων 42-48 για κάθε πρόσθετη πάθηση, απαντήστε στις ερωτήσεις και επισυνάψτε τις συμπληρωμένες σελίδες σε αυτό το έντυπο.**

Δώστε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις με βάση την κλινική αξιολόγηση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και διερευνήσεων, καθώς και τις τρέχουσες επιστημονικές γνώσεις.

Τα συμπτώματα που αναφέρει μόνο το ίδιο το άτομο δεν επαρκούν.

-  **Attach**
- if this condition impacts vision **a report from an Ophthalmologist. This report MUST be attached,**
 - if this condition impacts hearing or other ear functions **a report from an Audiologist or Ear, Nose and Throat specialist. This report MUST be attached,**
 - a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - results of relevant test and investigation results (reports only), if available.
- Επισυνάψτε:
- αν η πάθηση επηρεάζει την όραση, να επισυναφθεί **μια έκθεση Οφθαλμολόγου. ΠΡΕΠΕΙ να επισυνάψετε οπωσδήποτε αυτή την έκθεση.**
 - αν η πάθηση επηρεάζει την ακοή ή άλλη λειτουργία του αυτιού, να επισυναφθεί **ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ μια έκθεση Ακουστικού ή Ωτορινολαρυγγολόγου. ΠΡΕΠΕΙ να επισυνάψετε οπωσδήποτε αυτή την έκθεση.**
 - μια έκθεση του γιατρού ή του ειδικού γιατρού που συνήθως παρακολουθεί αυτή την πάθηση (αν δεν είστε εσείς), και
 - αντίγραφα των αποτελεσμάτων των σχετικών εξετάσεων και διερευνήσεων (μόνο εκθέσεις), αν υπάρχουν.

Diagnosis / Διάγνωση

117 What is the diagnosis?
 Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
 Ποια είναι η διάγνωση;
 Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. συμπεριλάβετε τον κωδικό Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων ή/και το στάδιο κατά περίπτωση).

118 The diagnosis is:
Η διάγνωση είναι:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Επιβεβαιωμένη Ποιος επιβεβαίωσε τη διάγνωση;

Name

Όνομα

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Πιθανολογούμενη Έχουν προγραμματιστεί περαιτέρω διερευνήσεις/αξιολογήσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης;

No

Όχι

Yes

Ναι

119 What was the date of diagnosis?
Ποια ήταν η ημερομηνία της διάγνωσης;

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

120 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Ποια ήταν η ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων (αν είναι γνωστό);

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

121 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
Ποια είναι η πρόγνωση για την πάθηση αυτή;
Δώστε ένα χρονικό πλαίσιο, αν υπάρχει.

Treatment / Θεραπεία

122 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Ποια θεραπεία χορηγείται αυτή τη στιγμή για την πάθηση (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

123 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Πόσο αποτελεσματική είναι η τρέχουσα θεραπεία;
Περιγράψτε την ανταπόκριση στη θεραπεία και το βαθμό ελέγχου των συμπτωμάτων.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Περιγράψτε τυχόν παρενέργειες της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της βαρύτητάς τους.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)? Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Ποια θεραπεία χορηγήθηκε στο παρελθόν (π.χ. νοσηλεία, χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, αντιμετώπιση πόνου);
Δώστε συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και διάρκεια θεραπείας ή αποκατάστασης, τύπος και δοσολογία φαρμάκων).

126 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Φορά ή χρησιμοποιεί ο/η ασθενής βοηθήματα, εξοπλισμό ή υποβοηθητική τεχνολογία για την πάθηση;

No **Go to next question**
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*

Yes **Give details below**
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

127 Is any future treatment planned for this condition?
Έχει προγραμματιστεί κάποια μελλοντική θεραπεία για την πάθηση;

No **Go to 129**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 129**

Yes Give details below
Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

128 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη της μελλοντικής θεραπείας; Περιγράψτε αναλυτικά τη βελτίωση των συμπτωμάτων ΚΑΙ της λειτουργικής ικανότητας.

129 Indicate compliance with recommended treatment:
Αναφέρετε το βαθμό συμμόρφωσης με τη συνιστώμενη θεραπεία:

Very compliant Usually compliant Rarely compliant Uncertain
Μεγάλη συμμόρφωση Τακτική συμμόρφωση Σπάνια συμμόρφωση Αβέβαιο

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Αναφέρετε αναλυτικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στην αξιολόγηση ή τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας και επηρεάζουν τα επίπεδα συμμόρφωσης.

Current symptoms / Τρέχοντα συμπτώματα

130 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Επί του παρόντος, ποια συμπτώματα επιμένουν **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία; Να είστε συγκεκριμένοι και να συμπεριλάβετε τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.

Describe in detail the impact on:

Στοιχεία για το πώς επηρεάζει σήμερα η πάθηση τη λειτουργική ικανότητα του/της ασθενή **παρά** τη θεραπεία, τα βοηθήματα, τον εξοπλισμό ή την υποβοηθητική τεχνολογία.

Περιγράψτε αναλυτικά την επίδραση στα παρακάτω:

A Endurance.

Αντοχή.

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).

Κίνηση/επιδεξιότητα (π.χ. βάδισμα, σκύψιμο, κάθισμα, όρθια θέση, σήκωμα/κουβάλημα/χειρισμός αντικειμένων).

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).

Νευρολογική/γνωστική λειτουργία (π.χ. συγκέντρωση, λήψη αποφάσεων, μνήμη, επίλυση προβλημάτων).

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).

Λειτουργίες συνείδησης (ακούσια απώλεια συνείδησης ή αλλαγές του επιπέδου συνείδησης, π.χ. επιληπτικές κρίσεις, ημικρανίες).

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.

Συμπεριφορά, προγραμματισμός, διαπροσωπικές σχέσεις.

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).

Αισθητηριακές και επικοινωνιακές λειτουργίες (π.χ. όραση, ακοή, ομιλία).

G Digestive, reproductive and continence functions.

Λειτουργίες πέψης, αναπαραγωγής και ελέγχου ουροδόχου κύστης και εντέρου.

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).

Ανάγκη για φροντίδα (π.χ. υποστήριξη στην καθημερινή ζωή, φροντίδα σε υποστηριζόμενη διαβίωση ή γηροκομείο/νοσοκομείο).

I Shopping and performing household tasks.

Ψώνια και οικιακές εργασίες.

J Driving and use of public transport.
Οδήγηση και χρήση της δημόσιας συγκοινωνίας.

K Other impacts as applicable.
Άλλες επιδράσεις κατά περίπτωση.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Επηρεάζει η πάθηση την ικανότητα παρουσίας και ενεργού συμμετοχής στην εργασία, την εκπαίδευση ή την κατάρτιση;

- No *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
- Yes *Give details below*
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Η επίδραση της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να διαρκέσει:

- Less than 3 months *Λιγότερο από 3 μήνες*
- 3-24 months *3-24 μήνες*
- More than 24 months *Περισσότερο από 24 μήνες*

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Μέσα στα επόμενα 2 χρόνια, η επίδραση αυτής της πάθησης στην ικανότητα του/της ασθενή να λειτουργεί αναμένεται να:

- Resolve
Εκλείπει
- Significantly improve
Βελτιωθεί σημαντικά
- Slightly improve
Βελτιωθεί ελαφρώς
- Fluctuate
Κυμαίνεται
- Remain unchanged
Παραμένει αμετάβλητη
- Deteriorate
Αυξηθεί
- Uncertain
Αβέβαιο

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Αναλύστε τη λειτουργική ικανότητα που αναμένεται να επιτευχθεί εντός των επόμενων 24 μηνών.

135 Is this condition episodic or fluctuating?

Είναι η πάθηση επεισοδιακή ή κυμαινόμενη;

No **Go to next question**

Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes

Describe the frequency, duration and severity of episodes (including episodes in loss of or altered consciousness), or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Περιγράψτε τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη βαρύτητα των επεισοδίων (συμπεριλαμβάνοντας επεισόδια απώλειας συνείδησης ή αλλαγής του επιπέδου συνείδησης) ή περιγράψτε πώς αυξομειώνεται η βαρύτητα της πάθησης. Συμπεριλάβετε ένα σχόλιο για την ικανότητα εργασίας κατά τη διάρκεια και μεταξύ των επεισοδίων ή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων.

Other information / Άλλες πληροφορίες

136 History of this condition.

Provide details of underlying causes and contributing factors.

Ιστορικό της πάθησης.

Δώστε αναλυτικά στοιχεία για

τα πρωτογενή αίτια και τους

δευτερογενείς παράγοντες.

137 Provide any additional comments about this condition.

Αναφέρετε τυχόν πρόσθετα σχόλια

για την πάθηση.

PART G – Additional information

ΜΕΡΟΣ Ζ – Πρόσθετες πληροφορίες

- 138** Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?
Έχει ο/η ασθενής οποιοσδήποτε άλλες ιατρικές παθήσεις που γενικά τυγχάνουν καλής αντιμετώπισης και προκαλούν ελάχιστη ή περιορισμένη επίδραση στην ικανότητα λειτουργίας;

No ► *Go to next question*
Όχι *Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση*
Yes ► *Give details below*
Ναι *Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω*

Condition (diagnosis) Πάθηση (διάγνωση)	Treatment Θεραπεία	Significant improvement expected? Αναμένεται σημαντική βελτίωση;		Impact on ability to function Επίδραση στην ικανότητα λειτουργίας
		No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
1		No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
2		No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
3		No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	
4		No <input type="checkbox"/> Όχι	Yes <input type="checkbox"/> Ναι	

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
Αν υπάρχουν περισσότερες από 4 ιατρικές παθήσεις που ΔΕΝ έχουν σημαντική επίδραση στην ικανότητα λειτουργίας, επισυνάψτε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.

- 139** Patient's details
Στοιχεία ασθενή

Height
Ύψος

Weight
Βάρος

Blood pressure
Αρτηριακή πίεση

- 140** Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?
Έχει ο/η ασθενής μια πάθηση που μπορεί να μειώσει σημαντικά το προσδόκιμο ζωής του;

No ► **Go to 142**
Όχι **Μεταβείτε στην ερώτηση 142**
Yes ► **Diagnosis of condition**
Ναι **Διάγνωση πάθησης**

<p>.....</p> <p>.....</p>

- 141** Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
Είναι το προσδόκιμο ζωής ενός/μιας ασθενή με την πάθηση αυτή κατά μέσο όρο μικρότερο από 24 μήνες;

No
Όχι
Yes
Ναι

PART H – Capacity for work or training

ΜΕΡΟΣ Η – Ικανότητα για εργασία ή εκπαίδευση

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick **one** option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Οδηγίες για τον γιατρό

Το ΜΕΡΟΣ Η παρέχει μια ολιστική σύνοψη της παρούσας και της δυνητικής ικανότητας του/της ασθενή για εργασία.

- Μόνο οι παθήσεις που επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα και αναμένεται να διαρκέσουν περισσότερο από 2 έτη πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση της ικανότητας του/της ασθενή να εργαστεί.
- Δώστε μια εκτίμηση για τον τρόπο που επηρεάζεται η ικανότητα του/της ασθενή για εργασία από τις παθήσεις του τώρα και για τα επόμενα 2 έτη. Αυτό σημαίνει οποιαδήποτε εργασία που μπορεί να εκτελέσει ο/η ασθενής, ανεξαρτήτως της διαθεσιμότητας της εργασίας αυτής και της ηλικίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου και των υφιστάμενων επαγγελματικών δεξιοτήτων του/της ασθενή.
- Επιλέξτε **ένα** από κάθε στήλη στους πίνακες ικανότητας για εργασία.
- Δώστε μια απάντηση ακόμη κι αν ο/η ασθενής δεν έχει δουλέψει για κάποιο διάστημα.

- 142 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITHOUT ANY INTERVENTION programs: i.e. WITHOUT programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation).
- Αναφέρετε την εκτίμησή σας για την ικανότητα του/της ασθενή να κάνει οποιαδήποτε δουλειά ΧΩΡΙΣ ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: δηλαδή ΧΩΡΙΣ προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν τους ανθρώπους να επανενταχθούν στο εργατικό δυναμικό (π.χ. με κατάρτιση κατά την εργασία ή επαγγελματική επανένταξη).

Work capacity / Ικανότητα για εργασία

	Current Υπάρχει ήδη	Within 6 months Σε λιγότερο από 6 μήνες	6–24 months 6-24 μήνες	More than 24 months Περισσότερο από 24 μήνες
0–7 hrs per week 0-7 ώρες την εβδομάδα				
8–14 hrs per week 8-14 ώρες την εβδομάδα				
15–29 hrs per week 15-29 ώρες την εβδομάδα				
30+ hrs per week 30+ ώρες την εβδομάδα				

Type of work / Τύπος εργασίας

Suggested suitable work
Συνιστώμενη ενδεδειγμένη εργασία

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations

Αιτιολογήστε την ικανότητα εργασίας και τον τύπο της συνιστώμενης εργασίας

143 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:

i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).

Αναφέρετε την εκτίμησή σας για την ικανότητα του/της ασθενή να κάνει οποιαδήποτε δουλειά ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: δηλαδή ΜΕ προγράμματα που **είναι** ειδικά σχεδιασμένα για άτομα με σωματική, νοητική ή ψυχιατρική αναπηρία (π.χ. επαγγελματική επανένταξη, υπηρεσίες πρόσληψης αναπήρων) ΚΑΙ με προγράμματα που **δεν είναι** ειδικά σχεδιασμένα για τον σκοπό αυτόν (π.χ. επαγγελματική ή προεπαγγελματική κατάρτιση, κατάρτιση κατά την εργασία και εκπαιδευτικά προγράμματα).

Work capacity / Ικανότητα για εργασία

	Current Υπάρχει ήδη	Within 6 months Σε λιγότερο από 6 μήνες	6–24 months 6-24 μήνες	More than 24 months Περισσότερο από 24 μήνες
0–7 hrs per week 0-7 ώρες την εβδομάδα				
8–14 hrs per week 8-14 ώρες την εβδομάδα				
15–29 hrs per week 15-29 ώρες την εβδομάδα				
30+ hrs per week 30+ ώρες την εβδομάδα				

Type of work / Τύπος εργασίας

Suggested suitable work
Συνοστώμενη ενδεδειγμένη εργασία

.....

.....

.....

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations

Αιτιολογήστε την ικανότητα εργασίας και τον τύπο της συνοστώμενης εργασίας

.....

.....

.....

144 What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?

Ποια είδη βοήθειας θα βοηθούσαν περισσότερο τον/την ασθενή να επιστρέψει στην εργασία;

No assistance required

Δεν χρειάζεται βοήθεια

Go to 146

Μεταβείτε στην ερώτηση 146

Educational training (e.g. Year 12)

Σχολική εκπαίδευση (π.χ. απολυτήριο λυκείου [Year 12])

Vocational/work training and rehabilitation

Επαγγελματική/εργασιακή κατάρτιση και επανένταξη

On-the-job training

Κατάρτιση κατά την εργασία

Voluntary work

Εθελοντική εργασία

Drug and alcohol assistance

Βοήθεια για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα ναρκωτικών και αλκοόλ

Other

Άλλο

Give details below

Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

Go to next question

Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση

.....

.....

145 Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:

Αναφέρετε την εκτίμησή σας για τη βούληση του/της ασθενή να ζητήσει βοήθεια για να επιστρέψει στην εργασία:

Nil
Καμία

Minimal
Ελάχιστη

Moderate
Μέτρια

Substantial
Σημαντική

Give details below

Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

.....

.....

.....

PART i – Certification

ΜΕΡΟΣ Θ – Πιστοποίηση

146 This patient has been...
Αυτό το άτομο είναι...

my patient since
ασθενής μου από

Day/Ημέρα	Month/Μήνας	Year/Έτος
/	/	

a patient at this practice since
ασθενής σε αυτό το ιατρείο από

Day/Ημέρα	Month/Μήνας	Year/Έτος
/	/	

147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?

Θα θέλατε κάποιος από το Services Australia, ή κάποιος ιατρικός αξιολογητής εξουσιοδοτημένος από το Services Australia να επικοινωνήσει μαζί σας σχετικά με αυτή την έκθεση (δηλαδή υπάρχουν κάποιες πληροφορίες οι οποίες αν αποκαλυφθούν στον ασθενή μπορεί να είναι επιζήμιες για τη σωματική ή πνευματική του υγεία);

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes The following days and local times suit me:
Ναι Οι ακόλουθες ημέρες και τοπικές ώρες με βολεύουν:

Day Ημέρα	Time Ώρα				
	:	am/π.μ.	to	:	am/π.μ.
	:	pm/μ.μ.	έως	:	pm/μ.μ.
	:	am/π.μ.	to	:	am/π.μ.
	:	pm/μ.μ.	έως	:	pm/μ.μ.

Would you like an interpreter when speaking with us?
Θα θέλατε διερμηνέα για την επικοινωνία μαζί μας;

No **Go to next question**
Όχι **Μεταβείτε στην επόμενη ερώτηση**

Yes Preferred language
Ναι Προτιμώμενη γλώσσα

--

148 Doctor's details and declaration Please make sure you have read the **Privacy and your personal information on page 3** of this form.

Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.
Στοιχεία και δήλωση γιατρού
Φροντίστε να διαβάσετε τη **Δήλωση Απορρήτου και τα προσωπικά σας** στοιχεία στη **σελίδα 3** της παρούσας φόρμας.
Χρησιμοποιήστε ΚΕΦΑΛΑΙΑ ή σφραγίδα.

Details of doctor completing this report:
Στοιχεία γιατρού που συμπλήρωσε αυτή την έκθεση:

Name of doctor

Όνομα γιατρού

--

Qualifications

Τίτλοι σπουδών

--

Address

Διεύθυνση

Country Χώρα

Phone number

Τηλέφωνο

Country ()	Area code ()
Χώρα ()	Κωδικός περιοχής ()

Signature

Υπογραφή



Date

Ημερομηνία

Day/Ημέρα	Month/Μήνας	Year/Έτος
/	/	

Stamp (if applicable)

Σφραγίδα (αν ισχύει)

--

149 Returning this report
Επιστροφή αυτής της έκθεσης

Return address
Διεύθυνση παραλήπτη

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Παρακαλείστε να ταχυδρομήσετε αυτή την έκθεση και οποιαδήποτε συνημμένα έγγραφα το συντομότερο δυνατό κατευθείαν στις International Services ή, αν προτιμάτε, μπορείτε να δώσετε την έκθεση και οποιαδήποτε συνημμένα έγγραφα στον/στην ασθενή σας για να τα επιστρέψει στις International Services.

Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας.

ENQUIRIES

If you have any questions please call
(+61 3) 6222 3455 (outside Australia)

131 673 (inside Australia)

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αν έχετε απορίες καλέστε στο **(+61 3) 6222 3455** (εκτός Αυστραλίας)
ή **131 673** (εντός Αυστραλίας).

Σημείωση: Ισχύουν χρεώσεις κλήσεων – κλήσεις από κινητά τηλέφωνα ενδεχομένως να έχουν υψηλότερη χρέωση.