Αγαπητέ/ή θεράποντα ιατρέ,

Σας παρακαλούμε πολύ να συμπληρώσετε το ακόλουθο παραπεμπτικό σημείωμα εκτίμησης της συνολικής κατάστασης της υγείας του ασθενή σας.

Με τον τρόπο αυτό θα συμβάλλετε σημαντικά στο έργο της ειδικής διεπιστημονικής επιτροπής, που έχει οριστεί για την αξιολόγηση και επιλογή των καταρτιζομένων με ψυχικό νόσημα στη Σχολή Επαγγελματικής Κατάρτισης για άτομα με Αναπηρία Αθήνας της Δ.ΥΠ.Α., για το έτος 2025 -2026.

Τον προσεχή Οκτώβριο και για δύο ακαδημαϊκά έτη, καταρτιζόμενοι με αναπηρία οφειλόμενη σε ψυχική ασθένεια, θα φοιτήσουν επιδοτούμενοι στα διάφορα τμήματα κατάρτισης (πηλοπλαστικής, ξυλουργικής, δερματοτεχνίας, αγιογραφίας, μηχανογραφημένου λογιστηρίου, κατασκευής ιστοσελίδων και διοίκησης - οικονομίας) της Σχολής Επαγγελματικής Κατάρτισης ΑμεΑ Αθήνας της Δ.ΥΠ.Α.

Με δεδομένο ωστόσο, ότι πρόκειται για πρόγραμμα κατάρτισης (και όχι αποκατάστασης) με ιδιαίτερες απαιτήσεις ως προς το ωράριο (πρωινή αφύπνιση, διάρκεια μαθημάτων κλπ), ζητούμε την άποψή σας για την ικανότητα παρακολούθησης του ασθενή σας (τελευταίο εδάφιο παραπεμπτικού: «Συνολική Εκτίμηση της ικανότητας για φοίτηση στη Σχολή»).

Συνεπώς για την επιλογή των καταρτιζομένων, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ακριβής συμπλήρωση του συνόλου των εδαφίων του παραπεμπτικού σημειώματος, ενώ ελλιπώς συμπληρωμένα παραπεμπτικά δε θα ληφθούν υπόψη.

Ως προς το προαναφερόμενο παραπεμπτικό σημείωμα, το οποίο θα παραδοθεί στην διεπιστημονική επιτροπή για την εκτίμηση του κάθε υποψηφίου, σας παρακαλούμε για την εμπιστευτική συμπλήρωση εκ μέρους σας και την επιστροφή του εντός κλειστού φακέλου.

Εφόσον ο ασθενής σας τελικά επιλεγεί, θα έχουμε μια ουσιαστική και γόνιμη συνεργασία καθόλη τη διάρκεια της διετούς φοίτησης.

Σας ευχαριστούμε πολύ, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία σας.

 **Με εκτίμηση,**

 **Δ.ΥΠ.Α.**

 **Διεύθυνση Επαγγελματικής Κατάρτισης (Δ3)**

**Παραπεμπτικό Σημείωμα Θεράποντος Ιατρού**

για την εκτίμηση υποψηφίου καταρτιζόμενου

της Σχολής Επαγγελματικής Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία Αθήνας της Δ.ΥΠ.Α.

1. **Στοιχεία Ιατρού:**

Ονοματεπώνυμο:

Ιατρική Ειδικότητα:

Πλαίσιο Εργασίας:

Τηλέφωνα Επικοινωνία:

1. **Ατομικά Στοιχεία Υποψηφίου:**

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Εκπαίδευση:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Τόπος – Τύπος Κατοικίας:

Διαμένει με:

Παρούσα Απασχόληση – Εκπαίδευση:

Ασφαλιστικός Φορέας:

1. **Σωματική Υγεία (σύντομη περιγραφή παρούσας κατάστασης – πιθανών οργανικών προβλημάτων):**
2. **Ψυχική Υγεία:**

Ψυχιατρική Διάγνωση:

Θεραπεία:

Συμμόρφωση στη Θεραπεία:

Εναισθησία:

Έναρξη Νόσου:

Υποτροπές (αριθμός – διάρκεια):

Τελευταία Υποτροπή:

Νοσηλείες (αριθμός – διάρκεια):

Τελευταία Νοσηλεία:

Ιστορικό Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς:

(Παρούσες) Ιδέες – Συμπεριφορές Αυτοκαταστροφής:

Ιστορικό Χρήσης Ουσιών:

(Παρούσα) Χρήση Ουσιών:

Ποιότητα Σχέσης με τον Θεράποντα Ιατρό:

Διάρκεια και Συχνότητα Παρακολούθησης από τον Θεράποντα Ιατρό:

1. **Αναλυτική Περιγραφή Παρούσας Κατάστασης:**
2. **Εργασιακή Εμπειρία:**
3. **Εμπειρία – Συμμετοχή σε Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:**
4. **Πιθανές Δυσκολίες κατά τη Διάρκεια της Κατάρτισης (όπως μετακίνησης, κοινωνικοποίησης, προσαρμογής, συνέπειας, λειτουργικότητας):**
5. **Ιδιαίτερα Ενδιαφέροντα και Ικανότητες:**
6. **Συνολική Εκτίμηση της Ικανότητας για Φοίτηση στη σχολή:**

**Αθήνα, ……./……../2025 Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ**

 **(Υπογραφή – Σφραγίδα)**