

Αγαπητέ/ ή.....

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 του ΟΑΕΔ, για το έτος 2017 -2018.

Φέτος, μετά την περσινή επιτυχή πιλοτική εφαρμογή της δράσης, αποφασίστηκε να δοθεί εκ νέου η δυνατότητα συμμετοχής στη Σχολή, ατόμων με αναπηρία οφειλόμενη σε ψυχική ασθένεια. Οι καταρτιζόμενοι αυτοί, από τον προσεχή Οκτώβριο και για δύο ακαδημαϊκά έτη, θα φοιτήσουν επιδοτούμενοι στα διάφορα Τμήματα κατάρτισης (πηλοπλαστικής, ξυλουργικής, δέρματος, αγιογραφίας, διοίκησης- οικονομίας, λογιστηρίου, κατασκευής ιστοσελίδων) της Σχολής. Με δεδομένο λοιπόν 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»).

Έτσι, 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. Το παραπεμπτικό σημείωμα αυτό, που θα παραδοθεί στη διεπιστημονική επιτροπή για την εκτίμηση του κάθε υποψηφίου, σας αποστέλλεται σε κλειστό φάκελο και σας παρακαλούμε για την εμπιστευτική συμπλήρωση εκ μέρους σας και επιστροφή του εντός κλειστού επίσης φακέλου. Εφόσον ο ασθενής σας τελικά επιλεγεί, θα έχουμε μια ουσιαστική και γόνιμη συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια της διετούς φοίτησης.

Σας ευχαριστούμε πολύ για την αρχική αυτή συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση

ΟΑΕΔ

**Παραπεμπτικό σημείωμα θεράποντος ιατρού
για την εκτίμηση υποψηφίου καταρτιζόμενου
στη Σχολή Επαγγελματικής Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία Αθήνας του ΟΑΕΔ**

Στοιχεία ιατρού

Όνοματεπώνυμο:

Ιατρική ειδικότητα:

Πλαίσιο εργασίας:

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Ατομικά στοιχεία υποψηφίου

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης:

Εκπαίδευση:

Οικογενειακή κατάσταση:

Τόπος- τύπος κατοικίας:

Διαμένει με:

Παρούσα απασχόληση- εκπαίδευση:

Ασφαλιστικός φορέας:

• **Σωματική υγεία** (σύντομη περιγραφή παρούσας κατάστασης- πιθανών οργανικών προβλημάτων)

Ψυχική υγεία

Ψυχιατρική διάγνωση:

Θεραπεία:

Συμμόρφωση στη θεραπεία:

Εναισθησία:

Έναρξη νόσου:

Υποτροπές (αριθμός- διάρκεια):

Τελευταία υποτροπή:

Νοσηλείες (αριθμός- διάρκεια):

Τελευταία νοσηλεία:

Ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς:

Ιστορικό χρήσης ουσιών:

Ποιότητα σχέσης με το θεράποντα ιατρό:

Διάρκεια και συχνότητα παρακολούθησης από το θεράποντα ιατρό:

Αναλυτική περιγραφή παρούσας κατάστασης:

Εργασιακή εμπειρία:

Εμπειρία- συμμετοχή σε προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

Πιθανές δυσκολίες κατά την κατάρτιση (όπως μετακίνησης, κοινωνικοποίησης, προσαρμογής, συνέπειας, λειτουργικότητας):

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και ικανότητες:

Συνολική εκτίμηση της ικανότητας για φοίτηση στη Σχολή:

Αθήνα / /

Ο θεράπων ιατρός

(υπογραφή- σφραγίδα)