**Για τον ασθενή**: Παρακαλούμε συμπληρώστε το με βοήθεια αν χρειάζεστε και πάρτε το στον παθολόγο σας [GP] για υπογραφή.

ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ Τοποθεσία

Παρακαλούμε επιστρέψετε αυτό το έντυπο στο Συντονιστή/στη Συντονίστρια του Προγράμματος στην Πολυπολιτισμική Υπηρεσία Υγείας.

Αριθμός τηλεφώνου:

|  |
| --- |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ  |

Ονομ/νυπο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ηλικία\_\_\_\_\_\_\_Ημερομηνία Γέννησης\_\_\_/\_\_\_/\_\_

Φύλο Άρρεν/Θήλυ

Διεύθυνση\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ταχ. Κώδικας\_\_\_\_\_\_

Τηλ: (Σ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Κινητό)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Εργασίας)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ονομ/νυμο επικοινωνίας Έκτακτης Ανάγκης\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ Η ΕΧΕΤΕ;

A ΜΕΡΟΣ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Υπέρταση (υψηλή πίεση) | Ναι/’Οχι  | Έλκος στομάχου ή Δωδεκαδάκτυλου | Ναι/’Οχι |
| Υπόταση (χαμηλή πίεση) | Ναι/’Οχι | Πρόβλημα με Συκώτι ή Νεφρά | Ναι/’Οχι |
| Υψηλή Χοληστερίνη/ Τριγλυκερίδια | Ναι/’Οχι | Σακχαροδιαβήτη (Ζάχαρο) | Ναι/’Οχι |
| Πόνο ή σφίξιμο στο στήθος | Ναι/’Οχι | Επιληψία  | Ναι/’Οχι |
| Ρευματικό πυρετό  | Ναι/’Οχι | Κήλη  | Ναι/’Οχι |
| Οποιοδήποτε Καρδιολογικό/ Εγκεφαλικό πρόβλημα | Ναι/’Οχι | Κατάθλιψη ή άγχος  | Ναι/’Οχι |
| Οστεοπόρωση | Ναι/’Οχι | Δυσκολία στην αναπνοή ή Άσθμα | Ναι/’Οχι |
|  |  | Αρθρίτιδα  | Ναι/’Οχι |

B ΜΕΡΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| - Οικογενειακό ιστορικό καρδιοπαθειών, εγκεφαλικά, ή υψηλή χοληστερίνη σε συγγενείς κάτω των 65 ετών; | Ναι/’Οχι |
| - Καπνίζετε τσιγάρα/πίπα/πούρο; | Ναι/’Οχι |
| -Πόσο αλκοόλ καταναλώνετε κάθε ημέρα ή τη βδομάδα; |  |
| - Έχετε μυϊκό πόνο/κράμπες; | Ναι/’Οχι |
| -Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρούς τραυματισμούς;Παρακαλούμε περιγράψτε τους: | Ναι/’Οχι |
| - Γυμναζόσαστε στο παρελθόν;Πόσο συχνά; Πόσο πρόσφατα; | Ναι/’Οχι  |

Γ ΜΕΡΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| - Έχετε υποβληθεί ποτέ σε σοβαρή χειρουργική επέμβαση; Εάν ναι, πριν πόσο καιρό και περιγράψτε το: | Ναι/’Οχι |
| - Έχετε ή είχατε πρόσφατα υποστεί λοιμώξεις ή μολυσματικές ασθένειες; Παρακαλούμε περιγράψτε | Ναι/’Οχι |
| - Υπάρχουν άλλα προβλήματα ή ασθένειες, που μπορεί να περιορίσουν το πρόγραμμα δραστηριότητάς σας; Παρακαλούμε περιγράψτε | Ναι/’Οχι |

Δ ΜΕΡΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| Που πονάτε |  |
| Ο πόνος υπάρχει για  | 3-6 μήνες ⃝ 6-12 μήνες ⃝ 1-2 χρόνια ⃝ 2-5 χρόνια ⃝ Πάνω από 5 χρόνια ⃝  |
| Είδος πόνου | Σαν κάψιμο ⃝ πόνος ⃝ συνεχής ⃝ διακοπτόμενος ⃝ |
| Πώς ξεκίνησε ο κύριος πόνος | Μετά από εγχείρηση ⃝ Τροχαίο ατύχημα ⃝ Τραυματισμός στο σχολείο/εργασία ⃝ σχετίζεται με καρκίνο ⃝ Αλλιώς ⃝  |

**For GP to complete (Να το συμπληρώσει ο Παθολόγος)**

|  |  |
| --- | --- |
| List all the medications taken (include all prescription, traditional and over-the-counter medicines) |  |
| Medicine name (as on the label)  | Medicine strength (as on the label) and dose |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In my opinion, there is no medical reason why I should not take part in the exercise program.

I understand that all safety precautions will be observed and I accept that there is a small risk associated with undertaking any exercise program. I have completed this form and I understand it. I will notify the Multicultural Health Worker and my instructor of any changes to my health by completing a new questionnaire.

Κατά τη γνώμη μου, δεν υπάρχει κανένας ιατρικός λόγος για τον οποίο δεν πρέπει να λάβω μέρος στο πρόγραμμα άσκησης. Καταλαβαίνω ότι θα τηρηθούν όλες οι προφυλάξεις ασφαλείας και δέχομαι ότι υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος που σχετίζεται με την ανάληψη οποιουδήποτε προγράμματος άσκησης. Έχω συμπληρώσει αυτό το έντυπο και το κατανοώ. Θα ενημερώσω τον Πολυπολιτισμικό Υπάλληλο Υγείας και τον εκπαιδευτή μου για τυχόν αλλαγές στην υγεία μου με το να συμπληρώσω ένα νέο ερωτηματολόγιο.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ-SIGN PARTICIPANT: ………………………………. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ-DATE: ………………………

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΑΡΤΥΡΑ- SIGN WITNESS: ………………………………… ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ-DATE: ………………………..

I give my consent for the service to contact my GP (Δίνω την συγκατάθεσή στην υπηρεσία να επικοινωνήσει με τον Παθολόγο μου) …………………………………………………..

\* **Παρακαλούμε το παρόν έντυπο να υπογραφεί από έναν Παθολόγο ή επαγγελματία υγείας εάν έχετε απαντήσει ναι στο Μέρος Α.**

**\*Please have this form signed by a GP or health professional if you have answered yes in section A.**

HEALTH PROFESSIONAL APPROVAL Signed:……………………………………………. Date: ……………………………..

Health Professional Title e.g. General Practitioner/Physiotherapist:……………………………………………………

Name …………………………………………………………………………….. Contact Ph:……………………………………………………………

Address …………………………………………………………………………………………………..…………….. Postcode:……………………..

Published Apr 2017. ACI/D23/868 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016