

	Επώνυμο: S	Υπόθεση Π.Υ : ---
	Όνομα: S	Υπόθεση Ασύλου: ---
	Πατρώνυμο: H	
	Μητρώνυμο: M	
	Ημ. Γεν.: 1989	
	Υπηκοότητα: IPAN	
	Φάκελος:	
	Δ.Κ.Α: 05/00	
	Βούληση Ασύλου:	
	Άσυλο στην Π.Υ : Όχι	
Διαμονή: KYT ΜΟΡΙΑΣ		

LNF19-3-18

Συνοδεύει το ανήλικο:

1) S S του S γεν. 2016 Αρ. Βούλησης:

Arrived. -02- 2018 LW

Housed



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής
Γενική Γραμματεία Υποδοχής

Υπηρεσία Υποδοχής και Ταυτοποίησης

Κ.Υ.Τ. Λέσβου,

27/2/2018

Αρ. Πρωτ.: [redacted]

ΑΠΟΦΑΣΗ

περί

Περιορισμού Ελευθερίας

του(ης) (Επώνυμο): S [redacted] (Όνομα): S [redacted] του H [redacted] με αριθμό Φακέλου 05/ 000 [redacted] και αριθμό Υπόθεσης [redacted] υπηκοότητας IPAN

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΡΩΤΗΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

[Κ.Υ.Τ. Λέσβου]

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. της Π.Δ. 4058/2012, 4084/2012, το άρθρο 110 του Ν. 4172/2013 και τα άρθρα 121 και 122 του Ν. 4249/2014 (ΦΕΚ 45/τεύχος Α) «Κώδικας Διοικητικής Διαδικασίας», όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τους Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45/τεύχος Α) και 3345/2005.
β. του Ν. 2880/2001, 3230/2004, 3242/2004 και 3345/2005.
γ. του Ν. 3386/2005 (ΦΕΚ 212/τεύχος Α), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τους Ν. 3900/2000 και 4249/2014.
δ. του Π.Δ. 102/2012 (ΦΕΚ 169/τεύχος Α) «Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής στο Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 110 του Ν. 4172/2013 (ΦΕΚ 45/τεύχος Α) και το άρθρο 121 και 122 του Ν. 4249/2014 (ΦΕΚ 45/τεύχος Α).
ε. της με αριθμ. πρωτ. 7001/2/1454-η/24.01.2012 Κ.Υ.Α. «Γενικός Κανονισμός Λειτουργίας περιφερειακών υπηρεσιών πρώτης υποδοχής» (ΦΕΚ 64/τεύχος Β).

θ. τα άρθρα 7 και 19 του ΠΔ 220/2007.

2. Τα στοιχεία καταγραφής του/της εν θέματι αλλοδαπού/ής από το Κλιμάκιο Καταγραφής και Εξακρίβωσης του Κέντρου Πρώτης Υποδοχής, όπως προκύπτουν από το 27/02/2018 έντυπο καταγραφής προσωπικών στοιχείων.

3. Το γεγονός ότι η/ο ανωτέρω αλλοδαπή/ός συνοδεύει ως γονέας το(α) ακόλουθο/α ανήλικο/α τέκνο/α της/ου: (Επώνυμο): S [redacted] (Όνομα): S [redacted] του S [redacted] με ημ/νία γέννησης [redacted]/2016, με αριθμό Φακέλου 05/ 000 [redacted] και αριθμό Υπόθεσης [redacted]

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Τον περιορισμό της ελευθερίας του(ης) (Επώνυμο): S [redacted] (Όνομα): S [redacted] του H [redacted] με αριθμό Φακέλου 05/ 000 [redacted] και αριθμό Υπόθεσης [redacted] υπηκοότητας IPAN, από την ημερομηνία εισόδου του στο Κέντρο Πρώτης Υποδοχής, ήτοι την 27/02/2018 μέχρι να ολοκληρωθούν οι νομοθετικά προβλεπόμενες διαδικασίες πρώτης υποδοχής και για διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 15 ημέρες. Το ως άνω διάστημα μπορεί να παραταθεί με αιτιολογημένη απόφαση σε εξαιρετικές περιπτώσεις έως 25 ημέρες (άρθρο 1155 του Ν.3907/2011).

Κατά της παρούσας, ο ανωτέρω μπορεί να προσφύγει ενώπιον του προέδρου ή του υπ' αυτού οριζόμενου πρωτοδίκου του αρμόδιου διοικητικού προσφεδίου. Κατά τα λοιπά, για τη διαδικασία των αντιρρήσεων εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 76 του Ν. 3386/2005 (τεύχος Α 212), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 55 του Ν. 3900/2006 (τεύχος Α 213).





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Εσωτερικών και
Διοικητικής Ανασυγκρότησης

Υπηρεσία Ασύλου
Asylum Service/
Αρχή Προσφυγών
Appeals Authority

ΜΥΤΙΛΗΝΗ, 16/03/2018
Αρ. Πρωτ. : [REDACTED] 2018

Περιφερειακό Γραφείο Ασύλου ΛΕΣΒΟΥ

Προς : S [REDACTED] S [REDACTED] AND
S [REDACTED] S [REDACTED]

Θέμα: «Κλήση σε συνέντευξη»

Καλείστε να παραστείτε αυτοπροσώπως ή και με τη συνδρομή συμβούλου (δικηγόρου, νομικού, ιατρού, ψυχολόγου ή κοινωνικού λειτουργού) στο Περιφερειακό Γραφείο Ασύλου ΛΕΣΒΟΥ την 07/08/2018 ημέρα Τρίτη και ώρα 07:00 , κατά την εξέταση της από 16/03/2018 αίτησής σας για διεθνή προστασία [/προσφυγής σας].

Σε περίπτωση που δεν παραστείτε κατά την ανωτέρω ημερομηνία στην εξέταση της αίτησής/προσφυγής σας θα θεωρηθεί ότι η αίτηση/πρόσφυση σας έχει παύσει να έχει νόμιμο χαρακτήρα και η από 16/03/2018 αίτησή σας για διεθνή προστασία και η διαδικασία εξέτασης του αιτήματός σας θα διακοπεί], σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 2 του ν. 4375/2016.

Κατά την ανωτέρω ημερομηνία οφείλετε να προσκομίσετε και έγγραφα που κατέχετε και σχετίζονται με την αίτησή σας και τυχόν δεν έχετε προσκομίσει σε προηγούμενο στάδιο.

[ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΥ: Σε περίπτωση άρσης της κράτησής σας οφείλετε να παρουσιαστείτε εντός 10 ημερών στην Υπηρεσία Ασύλου για να δηλώσετε τα στοιχεία επικοινωνίας σας σύμφωνα με το άρθρο 41 παρ. 1 του ν. 4375/2016)

Σήμερα 16/03/2018 ημέρα Παρασκευή ο/η P.S., στην έδρα του Περιφερειακού Γραφείου Ασύλου ΛΕΣΒΟΥ, εξήγησα τα παραπάνω στον (Επ.) S [REDACTED] (Ον.) S [REDACTED] του H [REDACTED] και της M [REDACTED] με ημ. γέννησης [REDACTED] 1989 με τη συνδρομή του διερμηνέα [REDACTED] από και προς τη γλώσσα ΦΑΡΣΙ, την οποία ο/η ανωτέρω κατανοεί και του/της χορήγησα περίληψη της πρόσκλησης στη γλώσσα αυτή.

Ο/Η αιτών/ούσα διεθνή
προστασία

Ο/Η υπάλληλος

Ο/Η διερμηνέας

You are invited to attend a personal interview on 07/08/2018 at 07:00 You have the right to be accompanied by your lawyer, or any other consultant (medical doctor, psychologist, social worker.)

[ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΥ: In the event of your detention being terminated you are obliged within 10 days to present yourself to the Asylum Service in order for you to state your contact details (art.41, Law .4374/2016)

In case you do not attend, the examination of your claim will be interrupted and archived.

The appellant

The officer conducting the
notification of the invitation

The interpreter

Invitation to an Interview

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΦΟ

16/03/2018





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής

Γενική Γραμματεία Υποδοχής

Υπηρεσία Υποδοχής και Ταυτοποίησης

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ

Αρ. Υπόθεσης:	Αρ. Φακέλου: 05/001	Τόπος: Κ.Υ.Τ. Λέσβου	Ημ/νία: 27/02/2018
Επώνυμο: S	Όνομα: S	Όνομα Πατρός: H	Αρ. Ιστορικού: -
Ημ. Γέννησης: 1989	Εθνικότητα: IPANIKH	Φύλλο: APPEH Γλώσσα: ΦΑΡΣΙ	Καταγραφή: 27/02/2018
Χρόνιες Νόσοι	☐ Διαβήτης ☐ Άσθμα ☐ Επιληψία ☐ Νεφροπάθεια ☐ Καρδιοπάθεια/ΑΥ ☐ Ψυχιατρικό ☐ Κακοήθεια		
	☐ Ειδικές λοιμώξεις ☐ Αλλεργίες Σχόλια: -		
Φαρμακευτική αγωγή: -			
Αναπηρίες	☐ Όραση ☐ Ακοή ☐ Κινητική ☐ Όμιλία ☐ Νοητική ☐ Ακρωτηριασμός	Εμβολιασμός: ☐ BCG ☐ Τετάνου ☐ Άλλο: OXI ☐ Δεν γνωρίζει	Διαίτα: -
Βρέφη Νήπια Ανήλικα	Υψος: - εκ. Βάρος: - χιλιογ.	Θηλασμός: - Σχόλιο: -	
	Συνοδός: - Επώνυμο: - Όνομα: -		
Γυναίκες	Έγκυος: - Αρ. Εγκυμοσύνης: - Αρ. Παιδιών: - Γαλουχία: - Σχόλιο: -		
Σύντομο Ιστορικό, Παρούσα Κατάσταση: ANAFEROMENES ANXIOSIS ECAHΛOSIS			
ΣΧΟΛΙΑ: -		Ενέκλιση	
Rx Θεράκας: - Ευρήματα: -			



HELLENIC REPUBLIC

Ministry of Migration Policy

General Secretariat of Reception

Reception and Identification Service

FOREGINER'S MEDICAL CARD

Case Number:	File Number: 05/001	Place: Κ.Υ.Τ. Λέσβου	Date: 27/02/2018
Surname: S	Name: S	Father's: H	Reg. Number: -
Date of birth: 01/01/1989	Nationality: IPANIKH	Sex: MALE Language: ΦΑΡΣΙ	Reg. Date: 27/02/2018
Chronic Disease	☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Epilepsy ☐ Nephropathy ☐ Heart Disease/HBP ☐ Psychiatric ☐ Malignancy		
	☐ Specific infections ☐ Allergies Comments: -		
Medication: -			
Disability	☐ Vision ☐ Hearing ☐ Mobility ☐ Speech ☐ Mental ☐ Amputation	Vaccination: ☐ BCG ☐ Tetanus ☐ Other: - ☐ Unknown	Diet: -
Infants Minors	Height: - cm. Weight: - kg.	Breastfeeding: - Comment: -	
	Accompanying person: - Surname: - Name: -		
Women	Pregnant: - No of pregnancies: - Child, age: -	Breastfeeding: - Comment: -	
Short history, Present situation: REFERS ANXIETY MANIFESTATIONS			
Comments: - Chest X/R: - Pathology: -		Vulnerability: -	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής

Γενική Γραμματεία Υποδοχής

Υπηρεσία Υποδοχής και Ταυτοποίησης

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ

Αρ. Υπόθεσης: [REDACTED]	Αρ. Φακέλου: 05/00 [REDACTED]	Τόπος: Κ.Υ.Τ. Λέσβου	Ημ/νία: 27/02/2018
Επώνυμο: S [REDACTED]	Όνομα: S [REDACTED]	Όνομα Πατρός: S [REDACTED]	Αρ. Ιστορικού: -
Ημ. Γέννησης: [REDACTED] 2016	Εθνικότητα: IPANIKH	Φύλο: ΘΗΛΥ Γλώσσα: ΦΑΡΣΙ	Καταγραφή: 27/02/2018
Χρόνιες Νόσοι	☐ Διαβήτης ☐ Άσθμα ☐ Επιληψία ☐ Νεφροπάθεια ☐ Καρδιοπάθεια/ΑΥ ☐ Ψυχιατρικό ☐ Κακοήθεια ☐ Ειδικές λοιμώξεις ☐ Αλλεργίες Σχόλια: -		
Φαρμακευτική αγωγή: -			
Αναπηρίες	☐ Όραση ☐ Ακοή ☐ Κινητική ☐ Ομιλία ☐ Νοητική ☐ Ακρωτηριασμός		Εμβολιασμός: ☐ BCG ☐ Τετάνου Άλλο: ☒ ΟΧΙ ☐ Δεν γνωρίζει Δίαιτα: -
Βρέφη Νήπια Ανήλικα	Υψος: - εκ. Βάρος: - χιλιογ.	Θηλασμός: - Σχόλιο: -	Όνομα: -
Γυναίκες	Έγκυος: -	Αρ. Εγκυμοσύνης: -	Αρ. Παιδιών: - Γαλουχία: - Σχόλιο: -
Σύντομο Ιστορικό, Παρούσα Κατάσταση: CLINICAL HEALTHY			
ΣΧΟΛΙΑ: - Rix Θώρακος: - Ευρήματα: -		Συνέλευση	



HELLENIC REPUBLIC

Ministry of Migration Policy

General Secretariat of Reception

Reception and Identification Service

FOREGINER'S MEDICAL CARD

Case Number: [REDACTED]	File Number: 05/0 [REDACTED]	Place: Κ.Υ.Τ. Λέσβου	Date: 27/02/2018
Surname: S [REDACTED]	Name: S [REDACTED]	Father's: S [REDACTED]	Reg Number: -
Date of birth: [REDACTED] 2016	Nationality: IPANIKH	Sex: FEMALE Language: ΦΑΡΣΙ	Reg. Date: 27/02/2018
Chronic Disease	☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Epilepsy ☐ Nephropathy ☐ Heart Disease/HBP ☐ Psychiatric ☐ Malignancy ☐ Specific infections ☐ Allergies Comments: -		
Medication: -			
Disability	☐ Vision ☐ Hearing ☐ Mobility ☐ Speech ☐ Mental ☐ Amputation		Vaccination: ☐ BCG ☐ Tetanus Other: ☒ NO ☐ Unknown Diet: -
Infants Minors	Height: - cm. Weight: - kg.	Breastfeeding: -	Comment: -
Women	Pregnant: -	No of pregnancies: -	Child: en: - Breastfeeding: - Comment: -
Short history, Present situation: CLINICAL HEALTHY			
Comments: - Chest X/R: - Pathology: -		Vulnerability: -	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ Α.Μ.Κ.Α. - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Βεβαιώνεται ότι ο πιο κάτω απαν διστάζει τον Α.Μ.Κ.Α.: [REDACTED]

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Είδος Ταυτότητας: ΔΕΛΤ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΔΙΕΘ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ Χώρα Υποκοίνωσης: IRAN
 Αρχή Ταυτότητας: [REDACTED] Ομάδα: APPEL
 Έτος Έκδοσης: 2018 ΑΦΜ:

	ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ	ΔΙΕΘΝΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ
Επώνυμο Γέννησης:	[REDACTED]	[REDACTED]
Επώνυμο Σήμερα:	[REDACTED]	[REDACTED]
Όνομα:	[REDACTED]	[REDACTED]
Όνομα Πατρός:	[REDACTED]	[REDACTED]
Όνομα Μητρός:	[REDACTED]	[REDACTED]

Ημερ. Γέννησης: [REDACTED] 2015 Διεύρ. Γέννησης:
 Χώρα Γέννησης: IRAN

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΜΕΣΑ

Οδός/Αρ. Δεξιάς: ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ Τ.Κ.: 81100
 Διεύρ. Δεξιάς: ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ Νομός ΑΕΣΒΟΥ
 Τηλέφωνο: 2251000000

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

Επώνυμο: [REDACTED] Όνομα:
 Όν. Πατρός: [REDACTED] Αρχή Ταύτ.:
 Οδός/Αρ. Δεξιάς: [REDACTED] Τ.Κ.:
 Διεύρ. Δεξιάς: [REDACTED] Τηλέφωνο:

ΚΕΠ/ Γραφείο ΑΜΚΑ: 30239

Ημερομηνία

Αποδοχές Προσλήψεως

4/7/2015



(Υπογραφή)

(Υπογραφή αιτούντος εκπροσώπου)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ Α.Μ.Κ.Α. - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Βεβαιώνεται ότι ο πιο κάτω αιτών διαθέτει τον Α.Μ.Κ.Α.: [REDACTED]

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Είδος Ταυτότητας: ΔΕΛΤ. ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ
ΔΙΕΘ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
Αριθμ. Ταυτότητας: [REDACTED]
Χώρα Υπηκόοτητας: IPAN
Φύλο: APPEL
Έτος Έκδοσης: 2018
ΑΦΜ:

	Ελληνικοί χαρακτήρες	Λατινικοί χαρακτήρες
Επώνυμο Γέννησης:	Σ [REDACTED]	S [REDACTED]
Επώνυμο Σημερινό:	Σ [REDACTED]	S [REDACTED]
Όνομα:	Σ [REDACTED]	S [REDACTED]
Όνομα Πατρός:	Χ [REDACTED]	H [REDACTED]
Όνομα Μητρός:	Ν [REDACTED]	N [REDACTED]

Ημέρα Γέννησης: [REDACTED] 1989
Δήμος Γέννησης:
Νομός Γέννησης: Χώρα Γέννησης: IPAN

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΑΔΑ

Οδός/Αρ. Διεύθ.: ΜΥΤΙΛΗΝΗ
Δήμος Διεύθυνσης: ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ
Τηλέφωνο: 2251000000
Τ.Κ.: 81100
Νομός: ΛΕΙΒΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

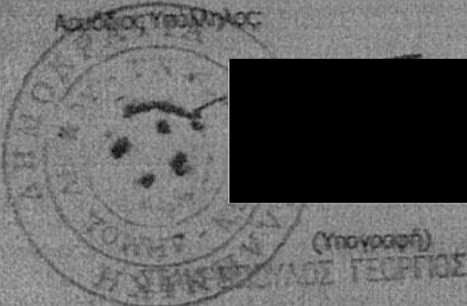
Επώνυμο:
Όν. Πατρός:
Οδός/Αρ. Διεύθ.:
Δήμος Διεύθ.:
Όνομα:
Αριθμ. Ταυτ.:
Τ.Κ.:
Τηλέφωνο:

ΚΕΤΥ Γραφείο ΑΜΚΑ: 30239

Αξιότιμος Υπάλληλος:

Ημερομηνία

4/7/2018



(Υπογραφή)

(Υπογραφή αιτούντος/εκπαιδευτικού)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ

Μυτιλήνη, 28/02/2018

Ο S [REDACTED] S [REDACTED] του Η [REDACTED] γεννηθείσα στις [REDACTED] 1989, στο ΙΡΑΝ, με Αριθμό Υπόθεσης [REDACTED] και Αριθμό Φακέλου 05/00 [REDACTED] εισήλθε στο Κέντρο Υποδοχής και Ταυτοποίησης Λέσβου, συνοδεύοντας το ανήλικο τέκνο του:

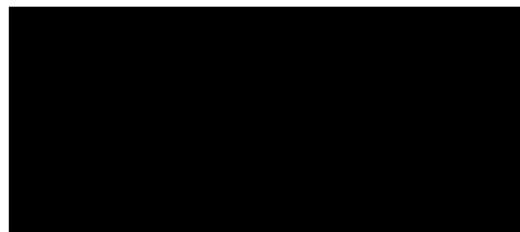
- S [REDACTED] S [REDACTED] του S [REDACTED] γεννηθείς στις [REDACTED] /2016, στο ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ με Αριθμό Υπόθεσης [REDACTED] και Αριθμό Φακέλου 05/01 [REDACTED]

Ενημερώθηκε για την τήρηση της εμπιστευτικότητας της συνέντευξης καθώς και για τη δέσμευση του απορρήτου από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Κατά δήλωση του S [REDACTED] S [REDACTED], εγκατέλειψαν το Ιράν, λόγω της έλλειψης ασφάλειας και δίωξης στην χώρα. Το ταξίδι τους ξεκίνησε από την χώρα τους, συνεχίστηκε στη Τουρκία και μετά ήρθαν στην Ελλάδα.

Αξιοποιώντας τα κρίσιμα στοιχεία τα οποία προέκυψαν και διασταυρώθηκαν στις 28/02/2018, από τη λήψη κοινωνικού ιστορικού του S [REDACTED] S [REDACTED] διαπιστώνεται ότι κατά το χρόνο της αξιολόγησης, εμπίπτει σε κατηγορία ευάλωτης κοινωνικής ομάδας και συγκεκριμένα ότι πρόκειται για μονογονεϊκή οικογένεια.

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ



ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ

ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ

ΕΛΛΑΔΑ

ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ

A. ΜΕΣΗ	Ευαλωτότητα θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς προληπτικά μέτρα στήριξης. Συνιστάται συχνή παρακολούθηση της κατάστασης της ευαλωτότητας.
B. ΥΨΗΛΗ	Η ύπαρξη ευαλωτότητας είναι εμφανής. Η συνέχιση της αξιολόγησης και η ανάπτυξη ενός σχεδίου φροντίδας συνιστάται. Πρέπει να γίνει παράπομπή για άμεση υποστήριξη.

Σχόλια σχετικά με την διαβάθμιση της ευαλωτότητας: δώστε το σχετικό ιατρικό κωδικό όπως εφαρμόζεται από το ΥΥ. Αυτό περιλαμβάνει τη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών (ICD-10) ή το εγχειρίδιο ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών (DSM).

BS

ΕΝΤΥΠΟ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
ΔΙΚΑ nr	05/000
Όνομα	S
Επώνυμο	S
Φύλο	ΑΡΧΗ
Ημερομηνία Γέννησης	1989
Χώρα Προέλευσης	ΙΡΑΝ
Εκπρόσωπος (αν υπάρχει)	-
Έγγραφο πιστοποίησης	-
Ταυτότητα	
Διαβατήριο	
Άλλο	
Παιδί	
Ασυνόδετο	Ναι (X)
Παιδί συνοδευόμενο από γονέα	
Παιδί συνοδευόμενο από άλλο μέλος της οικογένειας	
Παιδί συνοδευόμενο από προσωρινό κηδεμόνα	

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
2Α. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Φυσική Κατάσταση	ΕΜΗ
Ψυχολογική Κατάσταση	ΕΑΝΗ
Κίνδυνος αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμού και βλάβης σε άλλους (βλέπε τους κινδύνους αυτοκτονίας στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II)	/
Αναπηρία (βλέπε κατηγορίες αναπηρίας στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III)	/
Ουισοεξάρτηση	/



5. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ Η/ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

(να δοθούν τυχόν πρόσθετες λεπτομέρειες που μπορεί να είναι συναφείς, όπως η επίδραση της ευαλωτότητας στις καθημερινές δραστηριότητες, εάν κρίνεται απαραίτητη η υποστήριξη του ασθενούς από άλλο πρόσωπο, η μη διαθεσιμότητα φαρμάκων κ.λπ.)

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

(Κυκλώστε αντιστοίχως)

A. Αναπηρία που σχετίζεται με την κλινική ή αναπτυξιακή κατάσταση του ατόμου (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I)

1. Κινητικότητα
2. Γνωστική αναπηρία
3. Αισθητικές διαταραχές

B. Αναπηρία που σχετίζεται με ψυχολογικές και ψυχιατρικές καταστάσεις (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I)

1. Μειωμένη προσοχή και συγκέντρωση
2. Δυσλειτουργία της δομής και του περιεχομένου της σκέψης
3. Διαταραχές μνήμης

Ο ασθενής ενημερώθηκε σωστά σε γλώσσα που κατανοεί και συναινεί στην κοινοποίηση των προσωπικών του δεδομένων υγείας στις υπηρεσίες αστυνομίας / πρώτης υποδοχής / ασύλου για τους σκοπούς της χορήγησης ασύλου.



ΔΗΛΩΣΗ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

Η δήλωση αυτή πρέπει να έχει ιδιόχειρη υπογραφή και ημερομηνία από τον ιατρό που είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση της ευαλωτότητας. Η δήλωση αυτή πρέπει να υπογραφεί αφού ο θεράπων ιατρός έχει δει και έχει εξετάσει όλα τα ιατρικά δεδομένα. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά πριν υπογράψετε. Παρακαλούμε γράψτε το όνομα και τις άλλες λεπτομέρειες παρακάτω:

Βεβαιώνω ότι το άτομο αυτό έχει εξεταστεί από εμένα ή από προσωπικό υπό την εποπτεία μου και έχει επιβεβαιωθεί η αναγνώρισή του από πλευράς εγγράφων.

Βεβαιώνω ότι οι δηλώσεις που έκανα εγώ και το προσωπικό είναι αληθείς, σωστές και πλήρεις εξ' όσων γνωρίζω.

Ημερομηνία: 28/2/2019

Όνοματεπώνυμο:

Αριθμός Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου:

Τόπος έκδοσης:

Διεύθυνση -ΤΚ:

KYT MORINS-81100

Τηλέφωνο:

92510-30041

Email:

lesvos.beelpno@gmail.com

Υπογραφή ιατρού:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ (Νόμος 4375/2016)

1	Ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά	
2	Άτομα με ανίατη ασθένεια Άτομα με σοβαρή ασθένεια Άτομα με αναπηρίες	
3	Ηλικιωμένα άτομα	
4	Έγκυαι / Λεχώνες	
5	Μονογονεϊκές οικογένειες με μικρά παιδιά	✓
6	Θύματα βασανιστηρίων Θύματα βίας Θύματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης Θύματα σεξουαλικής και έμφυλης βίας Άτομα που πάσχουν από μετατραυματικό στρες Επιζώντες ναυαγίων Συγγενείς θυμάτων ναυαγίων Θύματα διακίνησης και Εμπορίας Ανθρώπων	

HEALTH CARD CARTE DE SANTÉ

farsi
Iran

CARD No.
CARTE No.

container

DATE OF REGISTRATION
DATE D'ENREGISTREMENT

29/3

DATE OF ARRIVAL AT SITE
DATE D'ARRIVÉE SUR LE LIEU

ITE IEU *Moria / 1.5m*

SECTION/HOUSE No.
SECTION/HABITATION No.

28

FAMILY NAME
NOM DE FAMILLE

S

GIVEN NAMES
PRÉNOMS

S

DATE OF BIRTH OR AGE
DATE DE NAISSANCE OU AGE

OR
OU

25 YEARS
ANS

SEX
SEXE

f

M/F

NAME COMMONLY KNOWN BY
NOM D'USAGE HABITUEL

MOTHER'S NAME
NOM DE LA MÈRE

FATHER'S NAME
NOM DU PÈRE

Sajad

HEIGHT
TAILLE

CM

WEIGHT
POIDS

12

KG

PERCENTAGE WT/HT
POURCENTAGE POIDS/TAILLE

%

FEEDING PROGRAMME
PROGRAMME D'ALIMENTATION

IMMUNIZATION
IMMUNISATION

MEASLES
ROUGEOLE

DATE

1

✓

2

BCG

DATE

OTHERS
AUTRES

POLIO 0
POLIO 0

DATE

DPT POLIO
DTC

DATE

1

2

3

PREGNANT
ENCEINTE

YES/NO
OUI/NON

No. OF PREGNANCIES
No. DE GROSSESSES

No. OF CHILDREN
No. D'ENFANTS

LACTATING
ALAITANTE

YES/NO
OUI/NON

TETANUS
TÉTANOS

DATE

1

2

3

4

5

FEEDING PROGRAMME
PROGRAMME D'ALIMENTATION

GENERAL (Family circumstances living conditions etc.)
GÉNÉRALES (Circonstances familiales conditions de vie etc.)

HEALTH (Brief history present condition)
MÉDICALES (Bref résumé des conditions actuelles)

common cold
fever

HEALTH CARD CARTE DE SANTÉ

Iran

CARD No.
CARTE No.

DATE OF REGISTRATION
DATE D'ENREGISTREMENT

DATE OF ARRIVAL AT SITE
DATE D'ARRIVÉE SUR LE LIEU

17-25-18

SITE LIEU *Moria - 3m*

SECTION/HOUSE No.
SECTION/HABITATION No.

Canavan

FAMILY NAME
NOM DE FAMILLE

S

GIVEN NAMES
PRÉNOMS

S

DATE OF BIRTH OR AGE
DATE DE NAISSANCE OU AGE

27

OR
OU

YEARS
ANS

SEX
SEXE

f

NAME COMMONLY KNOWN BY
NOM D'USAGE HABITUEL

MOTHER'S NAME
NOM DE LA MÈRE

FATHER'S NAME
NOM DU PÈRE

HEIGHT
TAILLE

CM

WEIGHT
POIDS

KG

PERCENTAGE WT/HT
POURCENTAGE POIDS/TAILLE

%

FEEDING PROGRAMME
PROGRAMME D'ALIMENTATION

IMMUNIZATION
IMMUNISATION

MEASLES
ROUGEOLE

DATE

1

✓

2

BCG

DATE

OTHERS
AUTRES

POLIO 0
POLIO 0

DATE

DPT POLIO
DTC

DATE

1

2

3

PREGNANT
ENCEINTE

YES/NO
OUI/NON

No. OF PREGNANCIES
No. DE GROSSESSES

No. OF CHILDREN
No. D'ENFANTS

LACTATING
ALAITANTE

YES/NO
OUI/NON

TETANUS
TÉTANOS

DATE

1

2

3

4

5

FEEDING PROGRAMME
PROGRAMME D'ALIMENTATION

GENERAL (Family circumstances living conditions etc.)
GÉNÉRALES (Circonstances familiales conditions de vie etc.)

37.7°

HEALTH (Brief history present condition)
MÉDICALES (Bref résumé des conditions actuelles)

Fever
vomit + diarrhea
Fader negative for hep A.

DATE	CONDITION (Signs/symptoms/diagnosis) ÉTAT (Signes/symptomes/diagnostic)		TREATMENT (Medication/dose time) TRAITEMENT (Médication/durée de la dose)	COURSES (Medication due/given) APPLICATION (Médication requise/ effectuée)	OBSERVATIONS (Change in condition)/ NAME OF HEALTH WORK OBSERVATIONS (Changement d'état/ NOM DE L'AGENT DE SAN
8 5 218	Diarrhea + vomit + fever + sore throat + abd. pain since 3 days ago yellow face. ED: jaundice. Thorax is clear. Abdomen muffled, hepatomegaly (3 cm) <u>Susp. hepatitis</u>		Urine check. bil 2+ Gluc + Nit - Blood - <u>BIL 2+</u>	FATHER with same symptoms sent container 28 No telephone Urine check ^{bil} 2+	Paracetamol 150 mg x 2 days 3x/day for 2 days ORS 2 bags in 1/2 L water 2x/day 100 mL after diarrhea

DATE	CONDITION (Signs/symptoms/diagnosis) ÉTAT (Signes/symptomes/diagnostic)		TREATMENT (Medication/dose time) TRAITEMENT (Médication/durée de la dose)	COURSES (Medication due/given) APPLICATION (Médication requise/ effectuée)	OBSERVATIONS (Change in condition)/ NAME OF HEALTH WORK OBSERVATIONS (Changement d'état/ NOM DE L'AGENT DE S.
21 4 18	- Vomiting since 3-4 days, after eating; cough induced - Fever since yesterday. - Blood in the vomit? - No diarrhea - Sore throat		IV: - Paracetamol 150mg x 3x/day x 3 days ✓ - ORS solution 1200 mL/day + 100 mL after every vomiting episode ✓		

DATE			CONDITION (Signs/symptoms/diagnosis) ÉTAT (Signes/symptomes/diagnostic)	TREATMENT (Medication/dose time) TRAITEMENT (Médication/durée de la dose)	COURSES (Medication due/given) APPLICATION (Médication requise/ effectuée)	OBSERVATIONS (Change in condition)/ NAME OF HEALTH WORKER OBSERVATIONS (Changement d'état/ NOM DE L'AGENT DE SANTÉ)
20	03	2018	Since 6 months burning at peeing + fever sometimes Weak baby, ↓ appetite EO: nothing at thorax. Abdomen soft.	URINE test: negative - If fever PARACETAMOL 150 mg ✓ q 6-8 h Sudacream ✓ - <u>Hb check:</u> 12.7 g/dL		

DATE			ÉTAT (Signes/symptomes/diagnostic)	TRAITEMENT (Médication/durée de la dose)	APPLICATION (Médication requise/ effectuée)	NAME OF HEALTH WORKER OBSERVATIONS (Changement d'état/ NOM DE L'AGENT DE SANTÉ)
3	4	2018	Since 29/3 fever, running nose + sore throat. EO: some crepitis on right basal area of lungs. Red throat MATT reds. ? Bronchopneumonia	Nasal washing - If fever PARACETAMOL 180 mg q 6-8 h Amoxicilline 200 mg x 3 ⁺ /day for 5 days	✓ ✓ ✓	