|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία** | **Νόσος του Crohn** | **Διαταραχές αυτιστικού φάσματος** |
| **Αιμορροφιλία Α & Β** | **Σακχαρώδης Διαβήτης**  | **Εγκεφαλική παράλυση –Στατική εγκεφαλοπάθεια** |
| **Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV λοίμωξη)** | **Διαταραχές πρόσληψης τροφής** | **Ακοή – διαταραχές ακοής** |
| **Φυματίωση** | **Νοητική υστέρηση** | **τυφλότητα** |
| **Τυφλοκώφωση** | **παχυσαρκία** | **Ανεπάρκεια καρδιάς** |

**Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία** : Νεοπλασματική νόσος οφειλόμενη στην υπερπλασία μονοκλωνικών Β λεμφοκυττάρων συγκεκριμένου φαινότυπου. Εμφανίζεται με λεμφοκυττάρωση, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία και στα προχωρημένα στάδια αναιμία, θρομβοπενία. Η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική επί σειρά ετών και να μην χρειάζεται θεραπευτική αγωγή, αλλά ιατρική παρακολούθηση. Επί ένδειξης χορήγησης θεραπευτικής αγωγής, η θεραπεία έχει στόχο να ελέγχει τα συμπτώματα της νόσου. Συνήθως η νόσος χρειάζεται ξανά θεραπεία μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Η νόσος συνοδεύεται συχνά από μεγάλη ευαισθησία σε λοιμώξεις και αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία. ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: (α) Επί ασυμπτωματικής νόσου, χωρίς ανάγκη θεραπείας: …......... Π.Α. 20% (β) Επί ανάγκης χορήγησης θεραπείας ή θεραπειών: ……….......... Π.Α. 40% - 67%

**Αιμορροφιλία Α ΚΑΙ Β** Φυλοσύνδετος κληρονομική νόσος μεταβιβαζόμενη με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα. Οφείλεται σε έλλειψη ή μείωση των παραγόντων πήξεως VIII και IX αντιστοίχως. Κλινικά ευρήματα: Αυτόματες αιμορραγίες στις αρθρώσεις εντός των μυών και στο γαστρεντερικό. Οι αυτόματες αιμορραγίες είναι τόσο χαρακτηριστικές της σοβαρότητας της Αιμορροφιλίας που θα αποτελούσαν μοναδικό διαγνωστικό σημείο. Εργαστηριακά ευρήματα: Τα επίπεδα των παραγόντων πήξεως VIII και IX είναι αντίστοιχα ελαττωμένα. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Ήπια αιμορροφιλία… 5%-40% (0,05 - 0,40 IU) ……….…… Π.Α. 20% και παρουσία ανασταλτών …………………………………………… Π.Α. 30% Μέτριας βαρύτητας…. 1%- 5% (0,01- 0,05 IU) …………. Π.Α. 50%-67% Σοβαρή μορφή……. <1% (<0,01 IU) ……………….… Π.Α. 67% και άνω 1. Σε περίπτωση προσβολής από HIV ή ηπατίτιδα (και επιπλοκές) προστίθεται το Π.Α. των αντίστοιχων νοσημάτων. 2. Επί ύπαρξης μονίμων βλαβών σε αρθρώσεις προστίθεται το Π.Α.

**Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV λοίμωξη)** ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ Λοίμωξη που προκαλείται από τον ανθρώπινο ρετροϊό HIV. Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του CDC (1992) για το διαχωρισμό των ασθενών ανάλογα με την κλινική εικόνα σε στάδια A, B, C και ο αριθμός των CD4 για τη σταδιοποίηση της νόσου σε στάδια 1, 2, 3. Σημειώνεται ότι όταν λαμβάνονται υπόψη τα CD4 για τη σταδιοποίηση της νόσου χρησιμοποιείται το κατώτερο ποσοστό αυτών που έχει καταγραφεί στη διαδρομή της νόσου καθώς η HIV λοίμωξη είναι μία εξελισσόμενη νόσος και γι’ αυτό το λόγο ασθενείς που διαγιγνώσκονται στο 1ο επίπεδο μπορεί προοδευτικά να μεταπέσουν σε 2ο ή 3ο επίπεδο, αλλά ποτέ δεν μπορεί να επισυμβεί το αντίθετο ακόμη και αν τα CD4 βελτιωθούν με την αντιρετροϊκή θεραπεία - φαινόμενο προσωρινό. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ 1ο Επίπεδο: Πρωτολοίμωξη ή χρόνια λοίμωξη σε παρακολούθηση (χωρίς ανάγκη έναρξης αντιρετροϊκής αγωγής) ........................................................................ Π.Α.10%-40% Ασυμπτωματικοί ασθενείς σε αντιρετροϊκή αγωγή ................. Π.Α. 50% 2ο Επίπεδο: Συμπτωματικοί ασθενείς σε αντιρετροϊκή αγωγή.................... Π.Α. ≥ 50% (Αναλόγως της βαρύτητας των συμπτωμάτων) 3ο Επίπεδο: Εμφανίζονται τα νοσήματα που καθορίζουν το AIDS: πνευμονία από P.jiroveci, τοξοπλάσμωση εγκεφάλου, μυκητιασική οισοφαγίτιδα, κρυπτοσποριδίωση, μικροσποριδίωση, φυματίωση, διηθητικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σάρκωμα Kaposi, λεμφώματα, νευροπάθεια, διάχυτη νόσος από κυτταρομεγαλοϊό, διηθητικές μυκητιάσεις, διάχυτη νόσο από Mycobacterium avium complex, κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια, σύνδρομο απίσχνασης, άνοια. .............

**Φυματίωση** ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ Η φυματίωση είναι μολυσματική νόσος που εξακολουθεί να αποτελεί δυσεπίλυτο ιατροκοινωνικό πρόβλημα σε πολλές χώρες. Παράγοντες που προδιαθέτουν στην ανάπτυξή της είναι ο υποσιτισμός, ο στενός συγχρωτισμός, τα επαγγέλματα υγείας, ο σακχαρώδης διαβήτης, η γαστρορραγία, η πνευμονοκονίαση και η ανοσοκαταστολή και η μετακίνηση πληθυσμών (μετανάστευση). Η κλινική εικόνα ποικίλλει και εκδηλώνεται με ήπια ή βαριά γενικά και λειτουργικά συμπτώματα. Συνήθως εμφανίζεται με πυρετό, νυκτερινούς ιδρώτες, απόχρεμψη, βήχα και αιμόπτυση. Η ταξινόμηση της φυματίωσης βασίζεται στη σχέση μεταξύ του μυκοβακτηριδίου και του ανθρώπου. Διακρίνονται οι εξής κατηγορίες φυματίωσης: ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 0: Δεν υπάρχει έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο. Δερμοαντίδραση Mantoux αρνητική. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1: Υπάρχει έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο. Mantoux αρνητική. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2: Mantoux θετική, όχι όμως νόσος. Πρέπει να αναφέρεται εάν το άτομο έλαβε ή όχι χημειοπροφύλαξη, για πόσο χρόνο και εάν ήταν πλήρης ή ατελής. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3: Νόσηση από φυματίωση. Πρέπει να αναφέρεται η εντόπιση και η ανατομική έκταση της νόσου, η βακτηριολογική κατάσταση, η χημειοθεραπεία, τα ακτινολογικά ευρήματα και η Mantoux. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4: Ιστορικό φυματίωσης στο παρελθόν. Ακτινολογικά ευρήματα αμετάβλητα. Mantoux θετική. Βακτηριολογικός έλεγχος αρνητικός και χωρίς κλινική ένδειξη νόσου. Σημειώνεται η κατάσταση από πλευράς χημειοθεραπείας ή χημειοπροφύλαξης. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 5: Πιθανή φυματίωση. Υπάρχει υπόνοια νόσου και αναμένονται οι εξετάσεις προς επιβεβαίωση ή απόρριψη της νόσου. Η παραμονή στην κατηγορία αυτή δεν επιτρέπεται για χρονικό διάστημα πάνω από τρεις μήνες. Για κλινικούς και ασφαλιστικούς λόγους προτιμάται η κατάταξη της φυματίωσης ανάλογα με την έκταση των ακτινολογικών αλλοιώσεων και τη βακτηριολογική κατάσταση του ατόμου. Συνεπώς οι κατηγορίες που έχουν ασφαλιστικό ενδιαφέρον αρχίζουν μετά την κατηγορία 3, οπότε η πνευμονική φυματίωση διακρίνεται σε: 1. Περιορισμένη πνευμονική φυματίωση Υπάρχουν ελάχιστες αλλοιώσεις, χωρίς κοιλότητα. Δυνατόν να προσβάλλουν τον έναν ή και τους δύο πνεύμονες, αλλά η ολική τους έκταση δεν υπερβαίνει την έκταση τμήματος πνεύμονα που αφορίζεται από τη 2η χονδροστερνική άρθρωση μέχρι το σώμα του 5ου θωρακικού σπονδύλου. 2. Μετρίως εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση Η ολική βλάβη δεν πρέπει να υπερβαίνει την έκταση του ενός πνεύμονα, όταν πρόκειται για διάσπαρτες και μετρίως ακτινοσκιερές αλλοιώσεις, ή την έκταση του 1/3 του ενός πνεύμονα όταν πρόκειται για διάχυτες και αυξημένης σκιερότητας αλλοιώσεις. Εάν υπάρχουν ένα ή περισσότερα σπήλαια η συνολική τους διάμετρος δε θα πρέπει να ξεπερνά τα 4 cm. 3. Λίαν εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση Οι βλάβες είναι μεγαλύτερες από της μετρίως εκτεταμένης. Η ύπαρξη σπηλαίων, η ύπαρξη θετικών πτυέλων μετά από εντατική δίμηνη θεραπεία, ή η μη λήψη πυραζιναμίδης για κάποιο λόγο μετατρέπει την εξάμηνη θεραπεία σε εννεάμηνη. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ 1ο επίπεδο Περιορισμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη και σωστή αντιφυματική αγωγή. Οι αλλοιώσεις μετά από ένα έτος θεωρούνται πλέον σταθεροποιημένες. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Μετά το 1ο έτος από την έναρξη της αγωγής 5%-10%. 2ο επίπεδο Μετρίως εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ Το άτομο έχει λάβει πλήρη και σωστή αγωγή. Η ακτινολογική εικόνα είναι από έτους σταθεροποιημένη. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Μετά το 1ο έτος από την έναρξη της αγωγής επί ευνοϊκής πορείας 10%-20%. 3ο επίπεδο Λίαν εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη και σωστή αγωγή. Η ακτινολογική εικόνα είναι σταθεροποιημένη από έτους. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Μετά το πρώτο έτος από την έναρξη της αγωγής 20% - 25%. Εάν η πνευμονική φυματίωση έχει προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια τότε εφαρμόζονται τα σχετικά με την αναπνευστική ανεπάρκεια. 4ο επίπεδο Κάθε κατηγορία που χαρακτηρίζεται σαν ενεργός ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ Ο ασθενής βρίσκεται υπό αντιφυματική αγωγή που διαρκεί κατά πρόβλεψη έξι έως εννέα μήνες (σε ειδικές περιπτώσεις π.χ., Φυματίωση ΚΝΣ ένα έτος). ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ……………………………………………… 80% Εν συνεχεία όπως περιγράφηκαν ανωτέρω. Σε περιπτώσεις που συνυπάρχει φυματίωση με άλλες παθήσεις, ο υπολογισμός της ανικανότητας πρέπει να γίνεται με τη μέθοδο υπολογισμού των πολλαπλών ανικανοτήτων.

**Νόσος του Crohn** ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ Χρόνια αυτοάνοση πάθηση που προκαλεί φλεγμονή σε ολόκληρο το πεπτικό σύστημα. Χαρακτηρίζεται συνήθως από περιοχές εντερικής στενώσεως και παθολογοανατομικά από μη τυροειδοποιημένα κοκκιώματα του εντερικού βλεννογόνου. Συνήθως προσβάλλει άτομα ηλικίας 10-40 ετών. Ειδικά στην παιδική ηλικία η πάθηση δημιουργεί σύνθετα προβλήματα λόγω της ιδιαιτερότητάς της. Εντόπιση: 40% τελικός ειλεός-ανιόν κόλον, 25% λεπτό έντερο, 25% παχύ έντερο. 15% των ασθενών έχουν και περιπρωκτική προσβολή με δερματικά συρίγγια. Χαρακτηριστικό της νόσου οι εξάρσεις και οι υφέσεις. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ 1ο Επίπεδο Κλινικά ευρήματα Εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις. Α. Εντερικές εκδηλώσεις 1. Κοιλιακό άλγος 2. Διάρροια, πυρετός 3. Ενίοτε συμπτώματα ειλεού, λόγω στενώσεων στον τελικό ειλεό 4. Εντερορραγία (αιμορραγία συνήθως από βαθειά έλκη στον τελικό ειλεό). 5. Περιπρωκτικές εκδηλώσεις (αποστήματα, συρίγγια) Β. Εξωεντερικές εκδηλώσεις 1. Διαταραχές θρέψεως 2. Αιματολογικές διαταραχές (αναιμία, λευκοκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση) 3. Προσβολή δέρματος - βλεννογόνων (οζώδες ερύθημα, στοματίτιδα) 4. Προσβολή ήπατος - χοληφόρων (λιπώδες ήπαρ, σκληρυντική χολαγγειίτιδα) 5. Προσβολή αρθρώσεων (αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα) 6. Επιπλοκές από τους νεφρούς (λιθιασική, αποφρακτική ουροπάθεια) 7. Συμμετοχή από τους οφθαλμούς (ιρίτιδα, επισκληρίτιδα) 8. Πυρετός Η διάγνωση γίνεται με τα εξής κριτήρια: α) Κλινικά β) Ακτινολογικά (εντερόκλυση, αξονική ή μαγνητική τομογραφία κοιλιάς ή μαγνητική εντερογραφία) γ) Κολονοσκόπηση δ) Ιστολογική εξέταση ε) Εξέταση με βιντεοκάψουλα λεπτού εντέρου. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ 1. Ασθενείς με τεκμηριωμένη νόσο Crohn ανεξαρτήτως αν βρίσκονται σε έξαρση ή ύφεση ……………………………………………………………… Π.Α. 50% 2. Ασθενείς με νόσο Crohn που βρίσκονται σε αγωγή ή με ανοσοκατασταλτικά ή ανοσοτροποποιητικά ή με βιολογικούς παράγοντες ………….… Π.Α.≥67% 3. Ασθενείς με χειρουργική αντιμετώπιση βλ. σχετικό κεφάλαιο χειρουργικών παθήσεων 4. Σε εξωεντερικές επιπλοκές προστίθεται το ανάλογα με το προσβληθέν όργανο ποσοστό

**Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου** 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος) Εάν η διάγνωση γίνει πριν την ηλικία των 16 ετών: τεκμηριώνεται με την έκθεση νοσηλείας. Εάν γίνει μετά την ηλικία των 16 ετών: εκτός από την θεραπευτική αγωγή με ινσουλίνη χρειάζονται τίτλος αντισωμάτων (anti-GAD και/ή anti-IA 2) και C-πεπτίδιο (μετά από δοκιμασία γλυκαγόνης). Με τη βεβαίωση της πάθησης: ………………………………………………. Π.Α. 50% ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ 1. Οφθαλμολογικές: α) παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια β) οπτική οξύτητα <5/10 γ) ωχροπάθεια Συνολικό ................................................................... Π.Α. ≥67% Σε περίπτωση οπτικής οξύτητας κάτω από 1/20 βλέπε οφθαλμικές παθήσεις 2. Διαβητική νεφρική νόσος (GFR<40) : συνολικό ………… Π.Α. ≥67% 3. Διαβητικό πόδι: Ενεργό έλκος, παραμόρφωση ( π.χ.Charcot) και διαταραχές λειτουργικότητας …………………………………………… Π.Α. ≥67% (για 2 έτη) 4. Στεφανιαία νόσος, περιφερική αγγειακή νόσος, νευροπάθεια: Προστίθεται το ποσοστό βάσει των αντιστοίχων κεφαλαίων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάδειξη των επιπλοκών η πλήρης συμπλήρωση της εισηγητικής έκθεσης για τον ΣΔ και των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται.

**Σύνδρομα εκδηλούμενα στη συμπεριφορά και συνδεόμενα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες I. Διαταραχές πρόσληψης τροφής** (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία): ........ ........................................................ Π.Α. 50% - 67% για δύο ή τρία έτη II. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεόμενες με τη λοχεία, με διαταραχές ή νόσους, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού: Στον προσδιορισμό του ποσοστού αναπηρίας δεν ενδιαφέρει η αιτιολογία, αλλά η κλινική βαρύτητα και η εκτίμηση της περαιτέρω πορείας της ασθενούς. Οι επιμέρους κλινικές εκδηλώσεις της διαταραχής εμπεριέχονται στις παραγράφους 11.3, 11.4 και 11.5.

**Νοητική υστέρηση** • Ελαφρά νοητική υστέρηση (ΔΝ 50-69):………................ Π.Α. 20% - 66% • Μέτρια νοητική υστέρηση (ΔΝ 35-49) : .............……….. Π.Α. 67% - 79% • Σοβαρή νοητική υστέρηση (ΔΝ 20-34):………................. Π.Α. 80% - 84% • Βαρειά νοητική υστέρηση (ΔΝ <20):…………………….. Π.Α. ≥85%

**Διαταραχές αυτιστικού φάσματος** Για τον προσδιορισμό Π.Α. στον Ε.Π.Π.Π.Α. λαμβάνονται, πέραν της διάγνωσης, υπόψη και: 1. Η νοημοσύνη Για τον προσδιορισμό της νοημοσύνης ισχύει ό,τι αναφέρεται στο κεφάλαιο που αφορά στη νοητική υστέρηση 2. Προσδιοριστές λειτουργικότητας στους τομείς: o κοινωνική επικοινωνία o επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές o περιορισμένα ενδιαφέροντα o προσαρμοστική λειτουργικότητα 3. Προσδιοριστές βαρύτητας Για τον προσδιορισμό της βαρύτητας αξιολογούνται: - Η σοβαρότητα της διαταραχής όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

Βαθμός Σοβαρότητας Κοινωνική Επικοινωνία Περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναληπτικές συμπεριφορές

Επίπεδο 3

Απαιτείται πολύ ουσιαστική υποστήριξη

Σοβαρές δυσκολίες στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, οι οποίες επιφέρουν δυσκολίες στη λειτουργικότητα

Πολύ περιορισμένη πρόθεση για κοινωνική αλληλεπίδραση και ελάχιστη απαντητικότητα στις κοινωνικές προσεγγίσεις των άλλων

Εμμονές, εδραιωμένες ρουτίνες και επαναληπτικές συμπεριφορές, που παρεμβαίνουν σημαντικά σε όλες τις περιοχές τις λειτουργικότητας.

Σημαντικό άγχος όταν οι ρουτίνες διακόπτονται Σημαντική δυσκολία στην κατεύθυνση του ενδιαφέροντος σε κάποιο άλλο ενδιαφέρον

Επίπεδο 2

Απαιτείται ουσιαστική υποστήριξη

Σημαντικές δυσκολίες στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία

Εμφανείς κοινωνικές δυσκολίες ακόμη και αν του παρέχεται υποστήριξη

Περιορισμένη πρόθεση για έναρξη κοινωνικής αλληλεπίδραση και μειωμένη ή ακατάλληλη απαντητικότητα στις κοινωνικές προσεγγίσεις των άλλων

Εμμονές, εδραιωμένες ρουτίνες και επαναληπτικές συμπεριφορές που εμφανίζονται αρκετά συχνά, ώστε να γίνονται εμφανείς στο μέσο παρατηρητή και επηρεάζουν τη λειτουργικότητα σε διαφορετικά πλαίσια

Άγχος ή δυσφορία όταν οι ρουτίνες διακόπτονται

Σημαντική δυσκολία στην κατεύθυνση του ενδιαφέροντος σε κάποιο άλλο ενδιαφέρον

Επίπεδο 1

Απαιτείται υποστήριξη

Χωρίς υποστήριξη, τα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία προκαλούν εμφανή βλάβη.

Έχει δυσκολία στην έναρξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης

Παρουσιάζει εμφανή παραδείγματα ατυπιών ή ανεπιτυχών απαντήσεων στις κοινωνικές προσεγγίσεις των άλλων.

Μπορεί να υπάρχει μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνική αλληλεπίδραση.

Ρουτίνες και επαναληπτικές συμπεριφορές προκαλούν σημαντικές δυσκολίες στην λειτουργικότητα σε ένα ή περισσότερα πλαίσια.

Αντίσταση στις προσπάθειες των άλλων να διακόψουν τις συμπεριφορές

- Λοιποί παράγοντες προσαρμοστικής λειτουργικότητας όπως αναφέρθηκαν στην παράγραφο 11.8 (Νοητική Υστέρηση).

Με βάση τα παραπάνω προτείνεται το μοντέλο προσδιορισμού:

ΚΥΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ Π.Α.

Διαταραχή αυτιστικού φάσματος ή

Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή

Αυτισμός ή σύνδρομο Asperger

Εντός των φυσιολογικών ορίων

Υψηλότερη 50%-67% Μέση 67% Χαμηλότερη 67%-80%

Ελαφρά Νοητική Υστέρηση

Υψηλότερη 67%-80% Μέση 67%-80% Χαμηλότερη > 80%

Μέτρια Νοητική Υστέρηση

Υψηλότερη > 80% Μέση > 80% Χαμηλότερη > 80%

Σοβαρή και Βαριά Νοητική Υστέρηση

Υψηλότερη > 80% Μέση > 80% Χαμηλότερη > 80% Στον εισηγητικό φάκελο θα πρέπει να περιέχεται: - Ακριβής διάγνωση - Νοομετρική αξιολόγηση (όπως περιγράφεται στην παράγραφο της νοητικής υστέρησης) - Καθορισμός του επιπέδου σοβαρότητας και προσαρμοστικής λειτουργικότητας - Τα ποσοστά των συχνά απαντόμενων συννοσηρών καταστάσεων π.χ. επιληψία θα προστίθενται στο προσδιορισθέν ποσοστό αναπηρίας λόγω Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής. Το ποσοστό αναπηρίας να επανεκτιμάται: - Στην ηλικία των 7 ετών, οπότε στις πλείστες των περιπτώσεων έχει καταστεί σαφές το αναμενόμενο επίπεδο προσαρμοστικής λειτουργικότητας. - Στην ηλικία των 17 ετών οπότε και το ποσοστό αναπηρίας θα προσδιορίζεται ισοβίως, εκτός από τις περιπτώσεις, στις οποίες υπάρχει διαθέσιμος μόνο αδρός προσδιορισμός της νοημοσύνης. Σε αυτές τις περιπτώσεις δύναται να περιοριστεί η διάρκεια παροχής.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ - ΣΤΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ Σύνδρομο οφειλόμενο σε μη εξελισσόμενη βλάβη του Κ.Ν.Σ. κατά την περιγεννητική περίοδο ή τη βρεφική, νηπιακή, παιδική ηλικία (κάτω των 5 ετών), με βασικές εκδηλώσεις τις έντονες κινητικές διαταραχές σπαστικού (συνήθως) τύπου, μετά ή άνευ υπερκινησιών και άλλοτε άλλου βαθμού νοητική υστέρηση. Παλαιότερη ταξινόμηση: 1. Σπαστική διπληγία 2. Σπαστική τετραπληγία 3. Σπαστική ημιπληγία 4. Χορειοαθετωσική μορφή 5. Αταξική μορφή Νεότερη ταξινόμηση: 1. Σπαστική στατική εγκεφαλοπάθεια 2. Δυσκινητική-δυστονική στατική εγκεφαλοπάθεια 3. Αταξική 4. Μικτή ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .............................................................. ≥50%

**Ακοή – διαταραχές ακοής** Η βαρηκοΐα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας, τα οποία χρειάζονται αντιμετώπιση επειδή εκτός από την πρόκληση ανικανότητας προς εργασία εγκυμονούν κινδύνους για τη ζωή. Το αισθητήριο της ακοής δια των συστημάτων αγωγής του ήχου (πτερύγιο - ακουστικός πόρος- τύμπανο, άλυσος οσταρίων, ωοειδής θυρίδα) μεταφέρει τα ηχητικά κύματα στον κοχλία (έσω ους), όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά δυναμικά ενέργειας, τα οποία με το ακουστικό νεύρο μεταφέρονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, δια του κοχλιακού νεύρου που εισδύει στο εγκεφαλικό στέλεχος και οι ίνες του καταλήγουν στο ραχιαίο κοχλιακό πυρήνα. Οι πληροφορίες φέρονται στον κοχλιακό πυρήνα και φθάνουν στον άνθρωπο εντοπίζεται στην άνω κροταφική έλικα. Είναι αυτονόητο ότι στη μακρά διαδρομή του ερεθίσματος από τον έξω ακουστικό πόρο (ηχητικά κύματα και ηλεκτρικά δυναμικά) μέχρι του φλοιού, πολλοί παράγοντες, εξωγενείς και ενδογενείς μπορούν να προκαλέσουν βλάβη και εξ αυτής βαρηκοΐα. Η εξέλιξη της ακοής δεν είναι χρονικά σταθερή. Αρχίζει από τις αυτόματες αντανακλαστικές αντιδράσεις του βρέφους σε κάθε δυνατό ήχο. Στη συνέχεια γίνεται διάκριση ασθενών από ισχυρούς και σε αυτούς που έχουν ή δεν έχουν κάποια σημασία. Από ενός έτους προσέχει τους ήχους που έχουν ενδιαφέρον και καταλαβαίνει την ομιλία. Από 3 ετών συνεργάζεται για ακουολογική εξέταση και από 5 ετών εκτελούνται οι συνήθεις για τους ενήλικους εξετάσεις. Κληρονομικά αίτια, λήψη φαρμάκων από εγκύους, μη φυσιολογικός τοκετός, ίκτερος είναι κύρια αίτια συγγενούς ανωμαλίας, από ελαττωματική βαρηκοΐα που προκαλεί ανωμαλίες στην ανάπτυξη της ομιλίας μέχρι πλήρη αδυναμία αναπτύξεως. Βαρηκοΐα επακολουθεί όπου το ηχητικό ερέθισμα δεν φθάνει στο αισθητήριο όργανο ή όταν αυτό δεν είναι ικανό να τη δεχθεί. Έτσι οι βαρηκοΐες διακρίνονται ως ακολούθως: • ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ Εμπόδιο στη μετάδοση του ηχητικού ερεθίσματος. Εμφανίζεται σε χρόνια εκκριτική ωτίτιδα μέση πυώδη ωτίτιδα, ανωμαλία ακουστικού πόρου ή κοίλοι του τυμπάνου, ανωμαλία ή τραυματισμό οστικής αλύσου - ωτοσκλήρυνση. Η τελευταία αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα είναι πρωτοπαθής κληρονομική νόσος. Εκδηλώνεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών, εξελίσσεται βραδέως και επιβαρύνεται από την εγκυμοσύνη, τα αντισυλληπτικά, ορμονοθεραπείες ή τοπικές φλεγμονές. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε προχωρημένα στάδια εξελίσσεται σε μικτή λόγω επεκτάσεως προς τον κοχλία. • ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟΣ (αντιλήψεως - έσω ωτός). Το ηχητικό ερέθισμα φθάνει έως τον κοχλία αλλά δεν μεταφέρεται ηχητικό δυναμικό στην περιοχή του φλοιού, από κάποια βλάβη από τον κοχλία έως και την άνω κροταφική έλικα. Συχνότερα αίτια: ωτοτοξικά φάρμακα και έκθεση στους θορύβους (επαγγελματικά). Άλλα αίτια: συγγενής (οικογενειακή), αγγειακά (αιφνίδια βαρηκοΐα), φλεγμονώδεις παθήσεις (λαβυρινθίτιδα), συφιλιδικές, γενικά νοσήματα (υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια), διάσειση λαβυρίνθου, νόσος των δυτών, τραύματα, όγκοι. Συνήθης η πρεσβυακουσία. Υποχρεωτικά για μεγάλες ηλικίες. Ιδιαίτερη μνεία χρειάζεται η νόσος του Meniere. Χαρακτηριστική νευροαισθητήριος βαρηκοΐα με ύδρωπα του λαβυρίνθου (παθήσεις του αιθουσαίου). • ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ. Σε αυτή συνυπάρχουν και τα δύο προηγούμενα. • ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ (υστερική, μη οργανική, προσποίηση). Διακρίνεται σε μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Εμφανίζεται ως μεγάλη νευροαισθητήριος βαρηκοΐα ή ως πλήρης κώφωση. Αίτια ψυχογενή ή προσποίηση. Η διάγνωση είναι δυσχερής και απαιτεί πολλές φορές επανειλημμένες δοκιμασίες και μεγάλη πείρα. Τα αίτια που προκαλούν βαρηκοΐα αγωγιμότητας αντιμετωπίζονται χειρουργικώς συνήθως. Οι βαρηκοΐες αγωγής αποκαθίστανται σχεδόν πλήρως (ανάλογα με τα στάδια) δια διορθωτικών επεμβάσεων, εκτός από ωτοσκληρύνσεις (κοχλική). Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα συνήθως δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η χρήση συσκευών υποβοήθησης της ακοής (που ξεκινούν από τα ακουστικά βαρηκοΐας και φτάνουν έως τα κοχλιακά εμφυτεύματα) είναι ιδιαιτέρως υποβοηθητικά. Για απόδοση ανικανότητας προσδιορίζεται ο βαθμός βαρηκοΐας με βάση την τονική ακουομετρία. Η κατάταξη αυτή δεν είναι δίκαιη επειδή στην πράξη η επικοινωνία και η κατανόηση της ομιλίας δεν είναι η ίδια μεταξύ μιας νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας και μιας βαρηκοΐας αγωγής του ιδίου βαθμού. Μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα για την κατανόηση της ομιλίας, έχει το ποσοστό διάκρισης του πάσχοντος (discrimination score). Ο βαθμός βαρηκοΐας με βάση την απώλεια ακοής σε dB διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια, μεγάλη, υπολειμματική, κώφωση.

Για λεπτομερέστερη επιμέτρηση μπορούμε να διακρίνουμε ενδιάμεσες καταστάσεις, όπως μέτρια προς μεγάλη, κ.λπ. Υπολειμματική θεωρούμε την περίπτωση που διακρίνουμε στοιχεία ακοής σε περιορισμένο εύρος συχνότητας. Πολλές φορές όταν υπάρχουν στοιχεία ακοής στα όρια, η αντίδραση είναι ανύπαρκτη οπότε πρακτικώς μιλούμε περί κωφώσεως. Ακραία περίπτωση είναι η αλλαλία εκ κωφώσεως που έχει πλέον αντικαταστήσει τον παλαιό και αποτυχημένο όρο της «κωφαλαλίας»(πλήρης κώφωση χωρίς ανάπτυξη ομιλίας)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ • Με βάση την ηχητική ακουομετρία, επί μονοπλεύρου βαρηκοϊας: Ελαφρά ……………………… Π.Α. 0% (απώλεια ακοής 26 – 40 db) Μέτρια ……………………… Π.Α. 5% - 10% (απώλεια ακοής 41 – 55 db) Μεγάλη ……………………… Π.Α. 10% - 15% (απώλεια ακοής 56 – 70 db) Υπολειμματική ακοή …......... Π.Α. 15% - 20% (απώλεια ακοής 71 – 90 db) Κώφωση …………………… Π.Α. 20% - 25% (απώλεια ακοής άνω του 90 db) • Επί ετεροπλεύρου βαρηκοΐας ως ακολούθως:

ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΔΕΞΙΟ I II ΙΙΙ IV V VI I. Φυσιολογική ακοή 0% 0% 5% 10% 20% 25% II. Ελαφρά βαρηκοΐα 0% 10% 15% 20% 25% 30%

III. Μέτρια βαρηκοΐα 5% 15% 20% 30% 30% 35%

IV. Μεγάλη βαρηκοΐα 10% 20% 25% 30% 40% 45% V. Υπολειμματική ακοή 20% 25% 30% 40% 50% 60%70% VI. Κώφωση 25% 30% 35% 45% 60%70% 70%-80%

- Σε αμφοτερόπλευρη κώφωση…………... Π.Α. 80%, ανεξαρτήτως από την ανάπτυξη ομιλίας ή όχι - Η τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος δεν αλλάζει το ποσοστό αναπηρίας.

Στις περιπτώσεις μεγάλης βαρηκοΐας, υπολειμματικής ακοής και κώφωσης [στοιχεία Πίνακα IV, V, VI] υποβάλλεται υποχρεωτικά εξέταση «ακουστικών προκλητών δυναμικών» με προσδιορισμό οδού ακοής από 100 – 110 db. Όταν η ακουστική μελέτη συμπεριλαμβάνει και το ποσοστό διακριτικότητας, προστίθεται στο ποσοστό βαρηκοΐας επιπλέον ποσοστό κατά τον ακόλουθο τρόπο: Για διακριτικότητα <40% ………………………………………..… Π.Α. +8% Για διακριτικότητα 40%-60% ………………………………………. Π.Α. +5% Για διακριτικότητα >60% ………………………..……………….. Π.Α. +3% Συχνότερες παθήσεις που συνοδεύουν τη βαρηκοΐα και που πρέπει να εκτιμηθούν στην απόδοση ανικανότητας είναι: Με συμμετοχή οργανικών βλαβών ………………………………. Π.Α. +5% Συμφυτική ωτίτιδα ………………………………………………… Π.Α. +3%

Χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα (ξηρά – πυορροούσα) …………. Π.Α. +5%-10% Συγγενείς ανωμαλίες …………………………………………….. Π.Α. +15%-60% Λαβυρινθίτιδα …………………………………………..………… Π.Α. + 30% Χρόνια εκκριτική ωτίτιδα …………………………………………. Π.Α. +5% Κακώσεις λιθοειδούς …………………………………………….. Π.Α. + 20% Βαρότραυμα – περιλεμφικό συρίγγιο (συνήθως επί καταδύσεων) Π.Α. + 40%