ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Συμπληρώνεται από παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ……..

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……/……/…… **ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:** ……

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ: ……

……

ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ: ……

……

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ναι, σημειώστε το είδος της αλλεργικής αντίδρασης και τον υπεύθυνο παράγοντα (π.χ. φάρμακα, τροφές κ.λπ.): ……

……

ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ/ ΑΛΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ……

……

……

ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ G6PD: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Εάν ναι, σημειώστε την αιτία: ……

ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν όχι, σημειώστε τους εμβολιασμούς που υπολείπονται: ……

……

……

Αν έχει διενεργηθεί φυματινική δοκιμασία Mantoux, σημειώστε ημερομηνία/ αποτέλεσμα: ……

ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ (π.χ. χρόνια λήψη φαρμάκων, χειρουργικές επεμβάσεις κ.λπ.):

……

……

Ο / Η ……**μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.**

Ημερομηνία ___/___/____

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)