ΠΑΙΔΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ

ΔΗΜΟΥ ΒΙΣΑΛΤΙΑΣ

 **ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

 **(**Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

**Ονοματεπώνυμο**:……………………………………………………………............................................................................... Ημερομηνία γέννησης: ……....…/……..….../……..……..

Α.Μ.Κ.Α. ΠΑΙΔΙΟΥ :……………………………………………………

Βάρος σώματος:……………………………………………………………….................................................................................

Χρόνιο νόσημα (Σε καταφατικές περιπτώσεις, σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΑΣΘΕΝΕΙΑ | Χ | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ |
| Βρογχ. Άσθμα |  |  |
| Επιληψία |  |  |
| Πυρετικοί Σπασμοί |  |  |
| Άλλη ασθένεια |  |  |

Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):…………………………………..……………………………………………….…… Έλλειψη G6PD: / (Διαγράψτε αναλόγως) ΝΑΙ.… …………ΟΧΙ… ................................................................

Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ; …ΝΑΙ… ……ΟΧΙ… ……………………………….…………

Έλεγχος σφικτήρων ….. ΝΑΙ… ……ΟΧΙ… …………………………………………………………………………………………….

Περιγεννητικό ιστορικό:……………………………………………………………………………………………………………………………….. Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη:………………………………………………………………………………………………………………….. Κινητική ανάπτυξη:…………………………………………………………………………………………………..……….………………………….

Ομιλία:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Χρόνια λήψη φαρμάκων:…………………………………………………………………………………………..………......................

Τελευταία φυματοαντίδραση Mantoux (ημερομηνία)………………………………………………………………………………………….

 Άλλες παρατηρήσεις :………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

Βεβαιώνεται ότι ο / η……………………………………………………………………….…………….του………………………………………… είναι πλήρως εμβολιασμένος / εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία.…..…../……...…/….2024… (υπογραφή – σφραγίδα)

 **\*\*\*Επιπλέον για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας**