

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:      Α       Β       ΑΒ       0 

1. Ο κατασκηνωτής έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες αρρώστιες;

ΙΛΑΡΑ	<input type="checkbox"/>	ΕΡΥΘΡΑ	<input type="checkbox"/>	ΚΟΚΙΤΗΣ	<input type="checkbox"/>
ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	<input type="checkbox"/>	ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ	<input type="checkbox"/>	ΟΣΤΡΑΚΙΑ	<input type="checkbox"/>
ΒΡΧ. ΑΣΘΜΑ	<input type="checkbox"/>	ΣΠΑΣΤ. ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ	<input type="checkbox"/>		

2. Έχει περάσει κάποια άλλη σημαντική αρρώστια; Εάν ΝΑΙ ποιά:.....

3. Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική αγωγή;                      Ναι  Όχι   
Εάν ΝΑΙ ποια, για ποιο χρονικό διάστημα και για ποιο λόγο:.....4. Έχει κάνει προληπτικά εμβόλια και για ποιά αρρώστια;  
.....5. Έχει κάνει εμβόλιο ΤΕΤΑΝΟΥ;    Ναι  Όχι   
Πότε έγινε η τελευταία επαναληπτική δόση;.....6. Έχει κάνει ποτέ χειρουργική επέμβαση; Ναι  Όχι   
τι είδους και πότε.....

7. Έχει παρουσιάσει ποτέ:

ΑΛΛΕΡΓΙΑ:    Ναι  Όχι   
.....ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:    Ναι  Όχι   
.....

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ:                                      Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
ΝΥΧΤ. ΕΝΟΥΡΗΣΗΣ:    Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	ΥΠΝΟΒΑΣΙΑΣ:                                      Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

8. Έχει ελεγχθεί πρόσφατα για ψείρες;    Ναι  Όχι

9. Έχει έλλειψη του ενζύμου G6PD;    Ναι  Όχι

10. ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΟΛΥΜΠΙ:    Ναι  Όχι 11. Τηλέφωνο και ονοματεπώνυμο του παιδίατρου του παιδιού:  
.....12. Οποιαδήποτε άλλη χρήσιμη πληροφορία για τον γιατρό της κατασκήνωσης:  
.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι το πιο πάνω αναφερόμενο παιδί δεν πάσχει από κυκλοφοριακές ή δερματικές αρρώστιες και ότι η γενική κατάσταση της υγείας του, του επιτρέπει την κολύμβηση στις πισίνες και στην θάλασσα καθώς και τη συμμετοχή του στις άλλες αθλητικές δραστηριότητες προγραμματισμένες από το Αρχηγείο της κατασκήνωσης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο/Η ΔΗΛΩΝ