

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: A B AB 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; Εαν ΝΑΙ ποιά:.....
.....

3. Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική αγωγή; Ναι Όχι
Εαν 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 Όχι ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ: Ναι Όχι

ΝΥΧΤ. ΕΝΟΥΡΗΣΗΣ: Ναι Όχι ΥΠΝΟΒΑΣΙΑΣ: Ναι Όχι

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 ΔΗΛΩΝ ΙΑΤΡΟΣ