

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ Τ ...ΜΑΘΗΤ.....

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: A B AB 0

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

ΙΛΑΡΑ ΕΡΥΘΡΑ ΚΟΚΙΤΗΣ
ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ ΟΣΤΡΑΚΙΑ
ΒΡΧ. ΑΣΘΜΑ ΣΠΑΣΤ. ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ

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 <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 ελεγχθει πρόσφατα για ψείρες; Ναι Όχι

9. Έχει έλλειψη του ενζήμου 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