

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)