

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....

❖ Περιγεννητικό ιστορικό:.....

❖ Λοιμώδη νοσήματα:.....

❖ Καρδιοπάθεια ή φύσημα:.....

❖ Βρογχικό άσθμα ή κάποια άλλη πνευμονοπάθεια:.....

❖ Πυρετικοί σπασμοί:.....

❖ Διαταραχή πήκτικότητας αίματος:.....

❖ Άλλο χρόνιο νόσημα:.....

❖ Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):.....

❖ Σκολίωση ή άλλη σκελετική ανωμαλία:.....

❖ Παθήσεις της όρασης:.....

❖ Αναιμία:.....

❖ Ιστορικό ουρολοιμώξεων:.....

❖ Αναπτυξιακές Διαταραχές (λόγου, κίνησης, αντίληψης κ.α.):.....

.....

❖ Αποτέλεσμα φυματινοαντίδρασης Mantoux:

❖ Είναι πλήρως εμβολιασμένος / εμβολιασμένη:.....

Βεβαιώνεται ότι ο / η.....

είναι κλινικά υγιής και μπορεί να παρακολουθήσει το πρόγραμμα του παιδικού σταθμού.

Ημερομηνία.....

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

* Επιπλέον αντίγραφο της σελίδας βιβλιαρίου υγείας με τα εμβόλια