|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΒΡΕΦΟΥΣ/ΝΗΠΙΟΥ :** | | | |
| **ONOMA ΠΑΤΕΡΑ** | | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | | **ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ** | |
| **ΒΑΡΟΣ** | | **ΥΨΟΣ** | |
| **ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ** (που μπορεί να σχετίζεται με την υγεία του παιδιού) | | | |
| **ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**  **(αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο επισυνάπτεται η γνωμάτευση-έκθεση του ειδικού)** | | | |
| **ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ/ΦΑΡΜΑΚΑ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD: : ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ: ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ** (πυρετικοί ή απύρετοι):  **: ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: : : ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ: : ΝΑΙ / ΟΧΙ** | | | |
| **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ κατά συστήματα** | **Κ.Φ.** | | **Παθολογικά ευρήματα** |
| Επισκόπηση, δέρμα |  | |  |
| Οφθαλμοί |  | |  |
| Στοματική κοιλότητα/δόντια |  | |  |
| Αναπνευστικό σύστημα |  | |  |
| Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες (\*αν έχει γίνει U/S καρδιάς να αναφερθεί) |  | |  |
| Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα |  | |  |
| Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση |  | |  |
| **ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ:**  Ο/Η ……………………………..…………………………………………. είναι πλήρως εµβολιασµένος/η για την ηλικία του σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό/Παιδικό Σταθµό.  **(Επισυνάπτεται φωτοτυπία της σελίδας των εμβολίων του βιβλιαρίου υγείας µε σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου)** | | | |