|  |
| --- |
| **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)** |