Φωτογραφία παιδιού

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

(Απολύτως εμπιστευτικό – Παρακαλούμε να συμπληρωθεί σχολαστικά από τον οικογενειακό σας ή άλλο γιατρό)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

1. Σωματικό βάρος ( κατά προσέγγιση): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg
2. Εμβόλια (έχουν γίνει κανονικά) ναι όχι έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο ναι όχι
3. Έχει παρουσιάσει ποτέ κάτι από τα ακόλουθα:
* Σπαστική βρογχίτιδα
* Βρογχικό άσθμα
* Σπασμούς Τι είδους – αιτιολογία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Επιληπτική συνδρομή
* Αλλεργία Τι είδους και σε τι: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Λιποθυμικές κρίσεις Αιτιολογία: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ρινικές παθήσεις
* Παθήσεις αυτιών
1. Υπάρχει λόγος που απαγορεύεται να τρώει τα εξής φαγητά:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15 λεπτά) ναι όχι

Εάν όχι, υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες:

Ιλαρά Ερυθρά Παρωτίτιδα Οστρακιά Ανεμοβλογιά Κοκκύτης

Άλλες σημαντικές ασθένειες: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Υπάρχει νυχτερινή ενούρηση: ναι όχι
2. Υπνοβατεί: ποτέ μερικές φορές συχνά
3. Βρίσκεται υπό φαρμακευτική θεραπεία: ναι όχι

αιτία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ είδος φαρμάκων: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δοσολογία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ έναρξη της θεραπείας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ιατρός που σύστησε τη θεραπεία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ τηλ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Έχει ευαισθησία στον ήλιο: ναι όχι
2. Υπάρχει πρόβλημα με το ένζυμο G6 PD: ναι όχι

Στοιχεία υπογράφοντος το έντυπο:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Σχέση με το παιδί: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Υπογραφή γιατρού και σφραγίδα:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_