



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
3. Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο  ναι  όχι
4. 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
5. Υπάρχει λόγος που απαγορεύεται να τρώει τα εξής φαγητά:

---

---

---

---

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

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

7. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες:

Ιλαρά  Ερυθρά  Παρωτίτιδα  Οστρακιά  Ανεμοβλογιά  Κοκκύτης

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

8. Υπάρχει νυχτερινή ενούρηση:  ναι  όχι

9. Υπνοβατεί:  ποτέ  μερικές φορές  συχνά

10. Βρίσκεται υπό φαρμακευτική θεραπεία:

ναι  όχι

αιτία: \_\_\_\_\_

είδος φαρμάκων: \_\_\_\_\_

δοσολογία: \_\_\_\_\_

έναρξη της θεραπείας: \_\_\_\_\_

ιατρός που σύστησε τη θεραπεία: \_\_\_\_\_

τηλ.: \_\_\_\_\_

11. Έχει ευαισθησία στον ήλιο:

ναι  όχι

12. Υπάρχει πρόβλημα με το ένζυμο G6 PD:

ναι  όχι

13. Πάσχει από μεταδοτικά νοσήματα:

ναι  όχι

14. Η εν γένει κατάσταση της υγείας του επιτρέπει τη συμμετοχή του σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα

ναι  όχι

Στοιχεία υπογράφοντος το έντυπο:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

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

Σχέση με το παιδί: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή γιατρού και σφραγίδα:

\_\_\_\_\_