

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ
(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης:

Βάρος σώματος:

Χρόνιο νόσημα:

Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές, κλπ.):

.....

Ανάπτυξη:.....

Εξέταση κατά συστήματα:

.....

Έλλειψη G6PD

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Επεισόδιο σπασμών:

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Εάν ναι, αιτία:

.....

Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει

.....

Άλλες παρατηρήσεις:

.....

Ο/Η

είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφικό-παιδικό σταθμό / παιδικό κέντρο και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία/...../2025

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα √ τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.

ΕΜΒΟΛΙΑ	1 ^Η ΔΟΣΗ	2 ^Η ΔΟΣΗ	3 ^Η ΔΟΣΗ	4 ^Η ΔΟΣΗ	5 ^Η ΔΟΣΗ
Διφθερίτιδας Τετάνου Κοκκύτη (DTP ή DTaP)					
Πολιομυελίτιδας (Polio)					
Αιμόφιλου της ινφλουέντζας (Hib)					
Ηπατίτιδας Β (HepB)					
Ιλαράς Ερυθράς Παρωτίτιδας (MMR)					
Φυματική Δοκιμασία (Mantoux)					
Φυματίωσης (BCG)					
Μηνιγγιτιδόκοκκου					
Πνευμονιόκοκκου					
Ανεμοβλογιάς					
Ηπατίτιδας Α					
Λοιποί εμβολιασμοί					

Ημερομηνία/...../2025

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)