**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

( Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | |
| ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | | | |
| Βάρος σώματος: |  | | | |
| Χρόνιο Νόσημα |  | | | |
| Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.τ.λ.): |  | | | |
| Ανάπτυξη: |  | | | |
| Εξέταση κατά συστήματα: |  | | | |
| Έλλειψη G6PD: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Επεισόδιο σπασμών : | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Εάν ναι, αιτία: |  | | | |
| Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει: |  | | | |
| Άλλες παρατηρήσεις : |  | | | |
| Είναι πλήρως εμβολισμένο\*: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Φυματιοαντίδραση ( Mantoux) | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

Ο/Η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

\*Επιπλέον για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται σε φωτοτυπία οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας παιδιού (βιβλιάριο εμβολίων) καθώς και η πρώτη σελίδα αυτού που αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του παιδιού.