**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**(Για εγγραφή του παιδιού σε Δημοτικό Παιδικό Σταθμό του Δήμου Ρόδου)**

( Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | |
| ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | | | |
| Βάρος σώματος: |  | | | |
| Ανάπτυξη: |  | | | |
| Εξέταση κατά συστήματα: |  | | | |
| Χρόνιο Νόσημα: |  | | | |
| Πάσχει πιθανόν από άλλα νοσήματα : |  | | | |
| Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.τ.λ.): |  | | | |
| Ψυχοκινητική ανάπτυξη: | Α)Εκτίμηση του παιδιού που αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα: | | | |
| Β)Σχέση παιδιού με συνομηλίκους του (π.χ. έχει φίλους): | | | |
| Γ)Δυαδική σχέση, σχέση του παιδιού και δυνατότητα να συμμετέχει σε ομάδα: | | | |
| Ομιλία: | Α) Αρθρωτικά και συντακτικά είναι ορθός ο λόγος του παιδιού | | | |
| Β)Είναι επικοινωνιακός ο λόγος | | | |
| Γ)Παρουσιάζει ηχολαλία και στερεοτυπία κινήσεων | | | |
| Έλλειψη G6PD: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Επεισόδιο σπασμών: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Βρογχικό άσθμα : | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Επεισόδια επιληψίας: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει: |  | | | |
| Χειρουργικές επεμβάσεις  (επέμβαση, ημερομηνία & σημερινή κατάσταση): |  | | | |
|  |  | | | |
| Άλλες παρατηρήσεις: |  | | | |
| Είναι πλήρως εμβολισμένο\*: | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
| Φυματιοαντίδραση (Mantoux) | ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |

**Για ειδικές περιπτώσεις η ατομική κάρτα υγείας παιδιού θα συνοδεύεται από έκθεση του ειδικού (Ψυχολόγου ή Λογοθεραπευτή ή Λογοπεδικού ή Φυσιοθεραπευτή)**

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.