

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο: .....

Ημερομηνία γέννησης: ...../...../.....

Βάρος σώματος: .....

Χρόνιο νόσημα (Σε καταφατικές περιπτώσεις, σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο):

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Βρογχ. Άσθμα		
Επιληψία		
Πυρετικοί Σπασμοί		
Άλλη ασθένεια		

Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.): .....

Έλλειψη G6PD: / (Διαγράψτε αναλόγως) ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ  .....

Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ; ...ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ  .....

Έλεγχος σφικτήρων ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ  .....

Περιγεννητικό ιστορικό: .....

Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη: .....

Κινητική ανάπτυξη: .....

Ομιλία: .....

Χρόνια λήψη φαρμάκων: .....

Άλλες παρατηρήσεις: .....

Βεβαιώνεται ότι ο / η ..... ΤΟΥ .....

είναι πλήρως εμβολιασμένος / εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία: ...../...../.....2023...

(υπογραφή – σφραγίδα)