

# ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

|                                                                                                                                                                                                                                              |            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</b>                                                                                                                                                                                                                         |            |                            |
| <b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ</b>                                                                                                                                                                                                                          |            | <b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>       |
| <b>ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</b>                                                                                                                                                                                                       |            |                            |
| <b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>                                                                                                                                                                                                                   |            |                            |
| <b>ΒΑΡΟΣ</b>                                                                                                                                                                                                                                 |            | <b>ΥΨΟΣ</b>                |
| <b>ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b> (που μπορεί να σχετίζεται με την υγεία του παιδιού)                                                                                                                                                              |            |                            |
| <b>ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ</b> ( αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο επισυνάπτεται η έκθεση του ειδικού.)                                                                   |            |                            |
| <b>ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ/ ΦΑΡΜΑΚΑ</b>                                                                                                                                                                                                          |            |                            |
| <b>ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD</b>                                                                                                                                                                                                                          |            |                            |
| <b>ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ</b>                                                                                                                                                                                                                    |            |                            |
| <b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ</b>                                                                                                                                                                                                                     |            |                            |
| <b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ</b> (πυρετικοί ή απύρετοι)                                                                                                                                                                                               |            |                            |
| <b>ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ</b>                                                                                                                                                                                                                    |            |                            |
| <b>ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>                                                                                                                                                                                                             |            |                            |
| <b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ</b>                                                                                                                                                                                                       |            |                            |
| <b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ κατά συστήματα</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>Κ.Φ</b> | <b>Παθολογικά ευρήματα</b> |
| Επισκόπηση, δέρμα                                                                                                                                                                                                                            |            |                            |
| Οφθαλμοί                                                                                                                                                                                                                                     |            |                            |
| Στοματική κοιλότητα/δόντια                                                                                                                                                                                                                   |            |                            |
| Αναπνευστικό σύστημα                                                                                                                                                                                                                         |            |                            |
| Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες (*αν έχει γίνει U/S καρδιάς να αναφερθεί)                                                                                                                                                |            |                            |
| Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα                                                                                                                                                                                                       |            |                            |
| Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση                                                                                                                                                                                                   |            |                            |
| <b>ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ</b> Ο/Η ..... είναι πλήρως εμβολιασμένος/η για την ηλικία του σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. ( Επισυνάπτεται φωτοτυπία της σελίδας των εμβολίων του βιβλιαρίου υγείας με σφραγίδα και υπογραφή του Παιδίατρου. ) |            |                            |
| ΜΑΝΤΟΥΧ (ημερομηνία/ αποτέλεσμα)                                                                                                                                                                                                             |            | ___/___/___ mm             |
| <b>ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</b>                                                                                                                                                                                                                    |            |                            |
| <b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ</b>                                                                                                                                                                                                              |            |                            |
| <b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ</b>                                                                                                                                                                                                                   |            |                            |

\_\_\_/\_\_\_/2016

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ