|  |
| --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** |
| **ONOMA ΠΑΤΕΡΑ** | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
| **ΒΑΡΟΣ**  | **ΥΨΟΣ** |
| **ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ** (που μπορεί να σχετίζεται με την υγεία του παιδιού) |
| **ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ** ( αν το παιδί παρακολουθείται από λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο επισυνάπτεται η έκθεση του ειδικού.) |
| **ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ/ ΦΑΡΜΑΚΑ** |
| **ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD** |
| **ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ** |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ**  |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ** (πυρετικοί ή απύρετοι)  |
| **ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ** |
| **ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ** |
| **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ** |
| **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ κατά συστήματα**  |  **Κ.Φ**  |  **Παθολογικά ευρήματα** |
| 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  |  |  |
| **ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ** 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 Παιδιάτρου. ) |
| MANTOUX (ημερομηνία/ αποτέλεσμα) \_\_ /\_\_ / \_\_\_\_ mm |
| **ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**  |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ** |